



Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип

ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ – Стручни студии

Жаклина Кочова

**НЕГА И ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТИ СО
ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА ВО ПЕРИОД
ОД 2010-2014 ГОДИНА ВО ОПШТИНА ВЕЛЕС**

- СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД -

Штип, 2016



GOCE DELCEV UNIVERZITY IN – STIP

FACULTY OF MEDICAL SCIENCES - Professional Studies

Zaklina Kocova

**CARE AND TREATMENT OF PATIENTS
WITH CEREBROVASCULAR DISEASES IN
THE PERIOD FROM 2010 – 2014 IN THE
MUNICIPALITY OF VELES**

- SPECIALIST THESIS -

Stip, 2016

Комисија за оценка и одбрана

Проф. Д-р Ленче Милошева- претседател

Доц. Д-р Валентина Велкоска Накова- член

Проф. Д-р Гордана Панова – член и ментор

На моето семејство...

БЛАГОДАРНОСТ

Искрено се заблагодарувам на мојот ментор Проф. д-р Гордана Панова за поддршката, советите и сугестиите околу изработката на трудот, целосно посветувајќи се со својот професионализам, знаење и искуство кои ми беа од голема помош за конечното оформување на овој труд.

Благодарност до ЈЗУ Општа болница – Велес за соработката и помошта во собирање на податоци поврзани за изработката на овој труд.

Посебна благодарност до моето семејство кое ми даваше неизмерна поддршка за цело време при изработката на трудот и со голема истрајност и разбирање ме следеа во надградувањето на моето образование.

На сите што веруваа во мене и ме научија да верувам во сопствената интуиција, им БЛАГОДАРАМ!

АПСТРАКТ:

Цереброваскуларните болести се пореметувања во чии рамки еден или повеќе крвни садови на мозокот се примарно оштетени низ патолошки процес, а притоа дел од мозокот или целиот мозок е привремено или трајно оштетен од исхемија или крварење.

На годишно ниво во светски рамки, пет милиони и седумстотини илјади луѓе умираат од мозочен удар. Всушност, цереброваскуларната болест е трета најчеста причина за смрт. Во регионот, во просек на секои 20 минути умира по едно лице од мозочен удар, а на секој час умира лице од срцев удар. Притоа, мозочниот удар е болест која што во голема мера се повторува, односно една третина од пациентите имаат нов напад, пет години по предходниот. Цереброваскуларните заболувања стануваат прва причина за скратување на животниот век на мажите и жените во Република Македонија.

Превенцијата на овие заболувања подразбира идентификација, отстранување и лечење на факторите за ризик на популацијата пред појава на симптоми на цереброваскуларните заболувања. Секундарната превенција се однесува на отстранување или намалување на пројавениот ризик од болниот.

Целта на овој труд е да посочи на потребната нега и третман на пациенти со цереброваскуларни заболувања. Притоа, со цел добивање на сеопфатност на состојбата во рамките на Република Македонија, спроведено е истражување на Невропсихијатриското одделение во Општина Велес, за временскиот период 2010-2014, според демографски податоци на пациентите од цереброваскуларни болести. При обработка на податоците се користи дескриптивен, епидемиолошки и социјално-медицински метод на работа со статистичка обработка и приказ.

Од добиените резултати од истажувањето се увидува дека најголем дел од пациентите со цереброваскуларни заболувања во дадената временска и

просторна рамка се претставници на машкиот пол; пациенти кои живеат во градска средина; на возраст од 71-80 години; најчесто невработени лица без значителна физичка активност.

КЛУЧНИ ЗБОРОВИ: Мозочен удар, цереброваскуларна исхемија, цереброваскуларна хеморагија.

APSTRACT:

Cerebrovascular diseases are disorders in which one or more blood vessels of the brain are primarily damaged through disease process, while part of the brain or the entire brain is temporarily or permanently damaged by ischemia or bleeding.

Annually worldwide, five million seven hundred thousand people die from stroke. In fact, cerebrovascular disease is the third most common cause of death. In the region, on average every 20 minutes one person dies from a stroke and dies every hour a person from a heart attack. The stroke is a disease that is largely repeated, or one third of patients have a new attack, five years after the previous one. Cerebrovascular diseases have become the first reason for shortening the life expectancy of men and women in the country.

Prevention of these diseases involves the identification, removal and treatment of the risk factors of the population before symptoms of cerebrovascular diseases. Secondary prevention refers to the removal or reduction of risk of the shown patient.

The purpose of this paper is to show the necessary care and treatment of patients with cerebrovascular disease. Moreover, in order to obtain an overall coverage of the situation within the Republic of Macedonia conducted a survey of Neuro-psychiatric department in Veles, for the period 2010-2014, according to demographic data of patients from cerebrovascular disease. When processing the data, it is used descriptive epidemiological and socio-medical method of working with statistical processing and display. The results of the research recognizing that the majority of patients with cerebrovascular diseases in the given time and space frame representatives of the male sex; patients living in an urban environment; aged 71-80 years; mostly unemployed without significant physical activity.

KEY WORDS: Stroke, cerebrovascular ischemia, cerebrovascular hemorrhag

Содржина:

Вовед.....	10
1. Причини за појава на цереброваскуларни заболувања.....	13
2. Класификација на цереброваскуларните заболувања.....	16
2.1. Ишемични	17
2.1.1 Транзиторна исхемичка атака.....	17
2.1.2. Мозочен инфаркт.....	18
2.2. Хеморагични.....	22
2.2.1. Субарахноидална хеморагија.....	25
2.2.2. Интрацеребрална хеморагија.....	27
3. Превенција и третман на болни со мозочен удар.....	30
4. Улога на медицинската сестра.....	34
4.1. Медицинската сестра во нега на болни со мозочен инсулт	37
4.2. Медицинската сестра во рехабилитациониот третман на болни со мозочен инсулт.....	46
5. Цели на трудот.....	50
6. Материјали и методи за работа.....	51
7. Резултати и дискусија.....	52
8 . Дискусија.....	62
9. Заклучок.....	67
Користена литература	71

Вовед

Цереброваскуларниот инсулт – CVI, или мозочен удар, е акутна појава на невролошки симптоми предизвикан од нарушување на артериската циркулација на мозокот. Нарушувањето на циркулацијата доведува до недоволна исхрана на одредени делови на мозокот со кислород и хранливи материи. Недостатокот на кислород и хранливи материи предизвикува оштетување и изумирање на нервните клетки во оние делови на мозокот кои ги исхранува оштетениот крвен сад и предизвикува трајно оштетување на оние функции со кои овие делови од мозокот управуваат.

Од каротидната и вертебралната артерија се перфузира мозокот, овие артерии почнуваат како екстракранијални артерии започнувајќи од аортата, или другите големи крвни садови и понатаму продолжуваат низ вратот и базата на черепот за да стигнат до интракранијалната празнина. Каротидната артерија и нејзините гранки се означуваат како антериорна циркулација, а вертебробазиларната како постериорна.

Мозокот кај возрасен човек кој тежи околу 1500 gr или 2% од вкупната телесна тежина, има потреба од постојан проток приближно на 150 gr гликоза и 72 l кислород за 24 часа, и изнесува околу 20% од вкупната телесна потрошувачка на кислород. Бидејќи мозокот не ги депонира овие материи, дисфункцијата се јавува само по неколку минути на лишување, кога количината на гликозата или кислородот ќе се намалат под критичните нивоа. Во мирување, со секоја контракција на срцето се испорачува околу 70 ml крв во асцендентната аорта, од кои 10-15 ml се наменети за мозокот. Секоја минута околу 350 ml поминуваат низ секоја внатрешна каротидна артерија, преку вертебробазилниот систем од 100-200 ml за да се овозможи нормален мозочен проток на крв од 50ml/мин на 100g (Роуланд, 2011).

Церебро-васкуларниот инсулт е многу честа болест и се наоѓа на трето место како причина за смрт после срцевите и малигните заболувања во развиените земји и кај нас, а на прво место по инвалидитет.

Според податоците од Светската здравствена организација, околу 15 милиони луѓе доживуваат мозочен удар секоја година, од нив 5 милиони умираат, а околу 5 милиони остануваат трајно неспособни. Во Европа секоја година има околу 650 000 смртни случаи од мозочен удар. Во САД има околу 700 000 болни од мозочен удар, и на секои 45 секунди едно лице доживува мозочен удар, а на секои три минути умира по еден (The Internet Stroke Center, 2016).

Инциденцата варира во различни земји и изнесува околу 100 до 300 нови случаи на 100 000 жители годишно. Инциденцата расте со годините на старост со специфичен степен на морталитет која се удвојува на секои десет години, после 55 година на старост.

Преваленцата на мозочен удар се движи од околу 600 заболени на 100 000 жители во развиените земји дури до 900 во неразвиените земји.

Морталитетот варира од 63.5 до 273,4 смртни случаи на 100 000 жители годишно. Најголем степен на морталитет е присутен во првите месец дена од болеста и изнесува дури до 22,9%.

Освен што се работи за болест со многу голема смртност, подеднакво е важен и фактот дека се работи за невролошка болест со висок степен на инвалидитет.

Многу жртви на мозочниот удар остануваат трајни инвалиди со отежнато или невозможно одење и зборување, како и со други тешки последици.

Не ретко, мозочниот удар доведува и до деменција. Само многу мал дел од болните се работоспособни, поголемиот дел од нив се делумно или потполно зависни од други лица во извршувањето на секојдневните активности. Кај околу 20-30% од лицата кои ќе преживеат мозочен удар потребна им е помош од друго лице Milašinović (2008).

Рехабилитацијата на болните е многу долга и бара трпение и упорност како од болниот така и од неговото семејство. Често пати таа бара да продолжи и во домашни услови како и дополнително ангажирање на стручни лица во текот на нивната рехабилитација или пак вклучување на други лица за неа на болниот.

Сите овие работи дополнително го оптоваруваат нивниот семеен буџет, т.е. доведува до зголемување на нивните материјални трошоци. Болните се долго време на боледување, сè додека не се оспособат за работа, а некои пак и не успеваат да се вратат повторно на каква било работа.

Се проценува дека околу половина од преживеаните успеваат да се вратат на некаква работа, а околу 20-30% не се способни да се грижат сами за себе без помош на други лица. Исто така, ова е болест со висок степен на повторување. Кај околу 25% од луѓето што се опоравуваат од мозочен удар, повторно го доживуваат во наредните 5 години (Adams, 2003).

Поради сето ова и зачестеноста на јавувањето, цереброваскуларните заболувања претставуваат сериозен медицински, економски и социјален проблем.

Денес, поради подобрите услови за живот и зголемената здравствена култура се продолжува векот на луѓето, а со тоа и старосната граница се поместува повисоко.

1 Причини за појава на цереброваскуларни болести - Етиологија

Денес како една од главните причините за развој на цереброваскуларни болести преставува артериската хипертензија, која има големо влијание во настанувањето на исхемичниот, а посебно хеморагичниот мозочен удар. Честите временски промени, стресот, лошата исхрана, брзото темпо на живот и многу малку слободно време за спортување и прошетки во природа кој ни го диктира современиот и урбан живот, неповолно влијаат на нашето здравје, особено на крвниот притисок. Но, ако крвниот притисок остане покачен подолго време, тоа е предуслов за можна појава на цереброваскуларно заболување.

Од друга страна, пак, постоењето на хипертензијата го забрзува процесот на артериосклероза, чија главна карактеристика е намалувањето на еластичноста на крвните садови која има значајна улога во појавувањето на цереброваскуларните болести.

Како главен виновник за оштетување на крвните садови во мозокот е и атеросклерозата. Во процесот на атеросклерозата настанува таложeње на маснотиите на ѕидот на крвниот сад, создавање на сврзно ткиво и создавање на атероми, со што се овозможува стеснување, зачепување или слабеење на ѕидот на крвниот сад (Влашки, 2002).

Сите овие припаѓаат во дел од факторите на ризик за настанување на мозочен удар. Познавањето на факторите на ризик кај Церебро-васкуларниот инсулт и нивно благовремено отстранување или контролирање е многу значајно во намалувањето на инциденцата од мозочен удар.

Ризик факторите се поделени на фактори на кои не може да се делува и фактори на кои може да се делува и со тоа да се намали влијанието од настанување на цереброваскуларните болести.

1. Според Адамс (Adams, 2003) фактори на кои не може да се делува се :

- Пол - мажите почесто заболуваат од жените, додека кај жените смртноста е поголема;
- Старост - бројот на заболени расте со зголемување на годините на старост и со секоја деценија после 55 година тој ризик се удвостручува;
- Раса - мозочниот удар е почест кај црната раса;
- Наследност - генетската предиспозиција за васкуларни болести е исто така важен фактор. Членови на фамилии кои се заболени или умреле од цереброваскуларна болест и болест на кардиоваскуларниот систем.

2. Според Милашиновиќ (Milašinović, 2008) фактори на кои може да се делува се :

- Хипертензијата - три-четири пати го зголемува ризикот за настанување на мозочен удар отколку кај лицата на иста возраст кај кои вредностите на притисокот се нормални. Одржувањето на нормални вредности на крвниот притисок 130/80 го намалува ризикот за околу 40%;
- Шеќерната болест (Diabetes mellitus) – мозочниот удар двапати почесто се јавува кај лица заболени од оваа болест во однос на оние со нормални вредности на шеќерот;
- Дебелината - го зголемува ризикот за мозочен удар, често здружена со зголемениот крвен притисок, дијабетесот, зголемени вредности на масти во крвта и почеста е кај старите луѓе;
- Пушењето - го зголемува ризикот за 50% во сите старосни групи. Ризикот е двапати поголем кај страсните пушачи отколку кај оние што повремено пушат;

- Злоупотребата на алкохолот - луѓето кои прекумерно пијат алкохолни пијалаци имаат зголемен ризик да добијат мозочен удар. Меѓутоа, земањето на една чаша, на пр. црно вино, го смалува ризикот;
- Високо ниво на холестерол (дислипидемија) - со корекција на ова нарушување, со промена на начинот на исхрана како и примена на лекови за нивно намалување се намалува ризикот за 30%;
- Кардиолошките нарушувања - фибрилација на преткоморите, акутниот инфаркт на срцето, вештачките валвули, се значаен фактор за мозочен удар. Фибрилацијата на преткоморите е одговорна дури за 50% од акутниот исхемичен мозочен удар, од кој 20% отпаѓа на емболискиот. Со воведување на антикоагулантна терапија, кај овие болни ризикот е намален за 70%;
- Како поретка причина која се јавува во настанувањето на Цереброваскуларниот инсулт претставува и воспалението на сидот на крвните садови (артеритис), потоа нарушување во коагулацијата и одредени хематолошки нарушувања што доведува до зголемената вискозност на крвта - кај полицитемијата, тромбозата и др (Симон , 2011).
- Начинот на исхрана - правилна исхрана со најмалку 5 оброка кои содржат овошје и зеленчук, интегрални житарици, незаситени масти и омега 3 масни киселини, диета со малку сол го смалува ризикот за настанување на мозочен удар;
- Физичка неактивност - активното вежбање е поврзано со намален ризик од мозочен удар. Препорака е секојдневна прошетка од околу 30 минути на ден. Цереброваскуларната болест најчесто се јавува кај повозрасната популација, но не се одминати и помладите кај кои најчесто причина може да биде некоја срцева грешка или хематолошка болест (Mandić ,2016).

Со откривање, отстранување или менување на факторите на ризик може значително да се намали зачестеноста на јавувањето на мозочниот удар.

2 Класификација на цереброваскуларните заболувања

Мозочниот инсулт преставува фокално нарушување на мозочната функција со брз развој, кој настанува заради патолошки процес од васкуларно потекло (Ристевска, 2006).

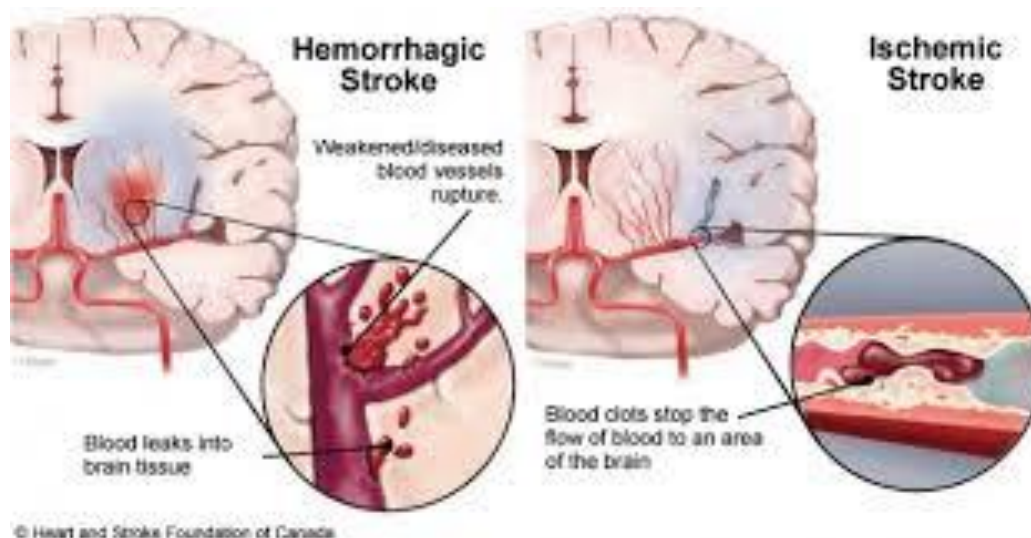
Мозочниот удар може да биде:

1. Ишемичен – предизвикан од коагулум кој ја запушува артеријата и го оневозможува протокот на крв низ неа или

2. Хеморагичен – предизвикан од прскање на крвен сад и продирање на крв во околното ткиво.

Според брзината на развој и времето на траење на симптомите се разликуваат два типа на ишемичен мозочен удар:

- Транзиторна ишемична атака - TIA и
 - Инфаркт на мозокот (малација) - предизвикан од:
 - тромбоза,
 - емболија.
-
- Хеморагичниот мозочен удар според местото на промената, може да биде:
 - Субарахноидален - SAH;
 - Интрацеребрален - ICH.



Слика 1: Видови на цереброваскуларен инсулт -
(хеморагичен и исхемичен)
Figure 1: Types of cerebrovascular insult - (Ischemic and hemorrhagic)

2.1 Исхемични цереброваскуларни заболувања

Исхемичниот мозочен удар е последица на оклузија на крвниот сад со тромб или емболус (коагулум кој е создаден на друго место и со помош на циркулацијата на крвта доаѓа до мозокот). Овој вид на Церебро-васкуларниот инсулт е почест и се јавува кај околу 75-80% од болните.

2.1.1 Транзиторна исхемична атака

Транзиторна исхемична атака (ТИА) – претстваува краткотрајна епизода на невролошка дисфункција што ја предизвикува фокална мозочна или ретинална исхемија, со клинички симптоми што обично траат пократко од еден час и без докази за акутен инфаркт (Роуланд , 2011).

Симптомите се различни, во зависност од тоа кој дел на мозокот останал без крв и кислород. Ако се зафатени артериите кои се гранат од каротидната артерија, најчесто се јавува слепило на едното око или намален осет, парестезии и слабост на екстремитетите. Кога се зафатени артериите што се разгрануваат од вертебралните артерии чести симптоми се вртоглавица, дупли слики и општа слабост.

ТИА имаат склоност да се повторуваат, после првиот доживен ТИА 10 - 20% од болните во наредните 90 дена имаат мозочен удар, а кај половината од нив во првите 48h по ТИА се јавува мозочниот удар.

Лекувањето на ТИА помага во спречување на мозочен инсулт.

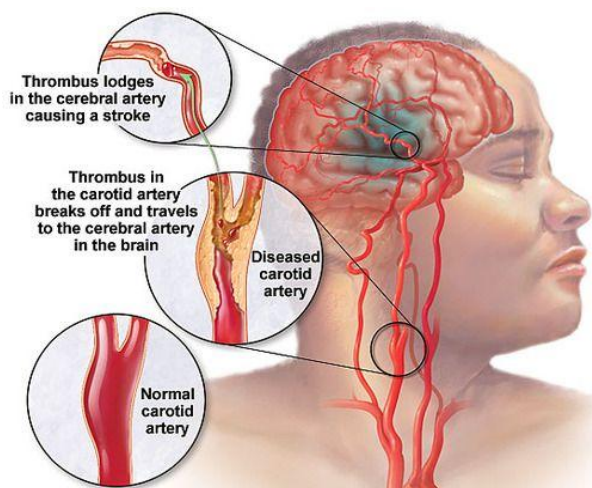
Терапијата се состои од примена на антикоагулантна терапија, анти тромботична терапија како и лекување на примарното заболување кое е причина за исхемија на мозокот.

2.1.2. Мозочен инфаркт

Мозочниот удар е синдром што се карактеризира со акутен почеток на невролошки дефицит што перзистира најмалку 24 часа, со фокално засегање на ЦНС, и е резултат на нарушување на церебралната циркулација (Симон , 2011).

Мозочниот инфаркт настанува после целосен прекин на циркулацијата во една мозочна артерија. Недостатокот на доток на крв од 3-5 мин. е доволен да настанат неповратни мозочни оштетувања на оној дел од мозокот кој го исхранува таа артерија.

Мозочниот инфаркт (малацијата на мозокот) настанува како резултат на тромбоза или емболија на крвниот сад. Причината за инфарктот не мора да биде потполна оклузија на артеријата, и делумната облитерација со пад на крвниот притисок или нарушување на крвотокот во колатералните крвни садови заради сличен процес може да доведе до инфаркт.



Слика . 2: Мозочен инфаркт

Figure 2- Cerebral infarction

При оклузија на поголема артерија, инфарктот се однесува како тумор, како лезија која завзема простор, заради едемот кој го зголемува волуменот на мозочната маса. Макроскопските промени зависат од времето кое изминало од настанувањето на инсултот. За помалку од еден ден обично не се гледаат никакви промени на свеж препарат. После тоа време ткивото во тој предел станува едематозно, со мека коензистенција и со жолта боја. После неколку недели од инсултот пределот на размекнување (малација) се смалува заради дејството на фагоцитозата и исчезнување на некротичното ткиво. Подоцна се гледа лузна, тој дел на мозокот е смален, или се гледаат празнини исполнети со бистра течност.

Кај мозочниот инфаркт прекинато е снабдувањето со крв на дел на мозокот, затоа што дошло до запушување на крвните садови со атером или крвен коагулум. Запушувањето на крвниот сад може да настане каде било на артериските патишта кои водат до мозокот. Голема наслага на масен материјал (атером) може да се развие во каротидната артерија при тоа смалувајќи го крвниот проток до капење како капка вода во запушена цевка. Оваа состојба е сериозна бидејќи голем процент од снабдувањето на мозокот со крв е преку каротидната артерија. Атеромот може да се одлепи од сидот на каротидната артерија и патувајќи со крвта потполно да запуши помала артерија.

Крвните садови може да бидат запушени и на друг начин, кога крвниот коагулум кој настанал во срцето или во еден од неговите залистоци може да се одлепи (емболус) и движејќи се преку артериите до мозокот таму и да се смести. Како резултат на тоа настанува мозочна емболија, односно емболиски мозочен удар. Ова најчесто настанува кај луѓето кои неодамна имале хируршки зафат на срцето или ненормален ритам на срцето, посебно кај артериската фибрилација. Емболија може да настане и при повреда на вратна вена – pneumothorax како и масна емболија која настанува при фрактура на големите коски (Радојчиќ,1998).

Оклузијата на крвните садови настанува во средна и стара возраст. Првите знаци се развиваат обично во сон или веднаш после будење и можат да останат со ист интензитет или да се влошат после 24 до 48 часа. Свеста е сочувана или е лесно нарушена. Кома настанува само ако е во прашање инфаркт со голема зона. Болните со тромбоза обично се хипертоничари, но може и крвниот притисок да биде нормален. Смрт настанува кај 20-30% од случаите.

Симптомите и знаците кај исхемичниот мозочен удар се делат на:

- Фокални - кои зависат од тоа кој крвен сад е зафатен и
- Општи - кои се најчесто независни од локализацијата на мозочната лезија.

Фокални симптоми:

Средната мозочна артерија (a.cerebri media) е најголема гранка на внатрешна каротидна артерија (a.carotis interna) која го снабдува со крв поголемиот дел од кората на големиот мозок. Таа, покрај моторните и сензитивните, ги снабдува и центрите за говор (Брокина и Верникеова ареа во доминантната хемисфера). Непосредно после нејзината оклузија се јавува слабост на спротивната страна на телото и екстремитетите стануваат млитави без мускулни рефлексии. После некое време рефлексите се појавуваат, стануваат живи и се јавува знакот на Бабински и доаѓа до развој на зголемен тонус од типот на спастичитет. Слабоста е изразена на контралатералната страна на лицето и

раката, а помалку на ногата, за разлика од предната мозочна артерија каде ногата е повеќе зафатена од раката.

Инфарктите во длабоките мозочни делови на мозокот резултираат со релативно еднаква слабост на раката, ногата и лицето од спротивната страна. Кога е оштетена доминантната хемисфера (левата кај поголем број на десничари) може да се јави афазија.

Општи симптоми:

Комата многу ретко се јавува во почетокот на болеста и главно е карактеристика на инфаркт во вертебробазиларниот слив. Кај големите инфаркти кои се јавуваат при оклузија на средната мозочна артерија, нарушувањето на состојбата на свеста настанува од вториот до петтиот ден на болеста и е последица на прогресија на мозочниот едем.

Главоболката не е карактеристичен знак за исхемичните и во случај на јавување треба да се сомнева за хеморагичен инфаркт.

Гадењето и повраќањето исто така се ретки и се манифестираат најчесто при инфаркт во областа на вертебробазиларниот сплет.

✓ *Дијагноза на исхемичен цереброваскуларен инсулт*

Дијагнозата се поставува врз основа на невролошкиот преглед, клиничката слика и Компјутерската томографија на глава.

На КТМ се гледа како затемнување во однос на другите структури на мозокот.

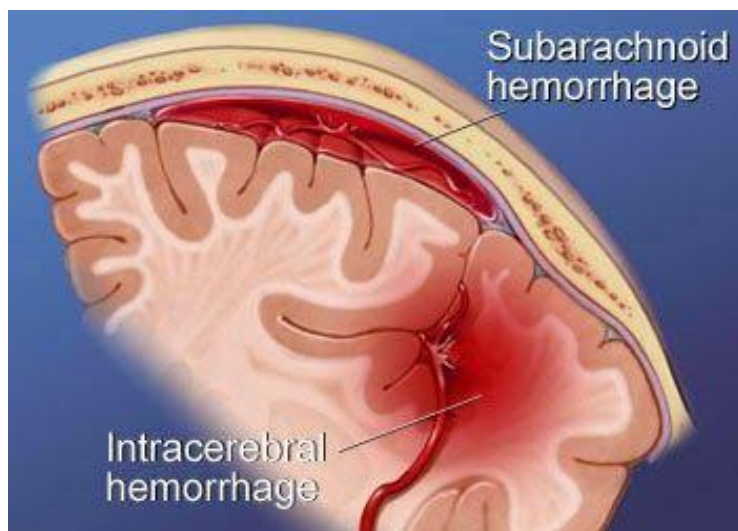


Сл. 3: Приказ на исхемичен мозочен инсулт на КТМ

Figure 3: View of ischemic stroke KTM

2.2. Хеморагични цереброваскуларни заболувања

Хеморагичниот мозочен удар опфаќа околу 20-25% од случаите на мозочен удар.



Слика 4: Видови на хеморагичен цереброваскуларен инсулт

Figure 4: Types of hemorrhagic cerebrovascular stroke

Најчеста причина за овој вид на Церебро-васкуларниот инсулт е руптура на анеуризма и A-V малформација. Церебралната анеуризма е ненормално проширување на крвниот сад во мозокот. На базата на мозокот се наоѓа сплет од артерии кои го сочинуваат таканаречениот Willisiev круг и од кој понатаму се разгрануваат артериите кои го исхрануваат мозокот. Разгранувањата на тие артерии се најчесто места на кои настануваат анеуризмите.

Анеуризмите се јавуваат на местата со слаба конструкција на структуралните слоеви на артериите. Најчесто такви места се наоѓаат на разгранувањето каде недостасува мускулен слој или го нема доволно. Потеклото на анеуризмите најчесто е конгенитално, иако се манифестира подоцна во животот. Најчесто анеуризмите се наоѓаат на каротидите по нивниот тек низ субарахноидалниот простор, на a.cerebri anterior и a.communicans anterior и на a. cerebri media по длабочината на Силвиевата бразда. Големината им се движи од зрно просо до орев(Радојчиќ ,1998).

A-V малформацијата или кавернозноит ангиом претставува меѓусебно поврзана мрежа на крвни садови во кои артериската крв минува директно во

венската дренажа без посредство на капиларите. Крвните садови на A-V малформацијата се танки, и нивната големина варира од микроскопски до големи кавернозни мрежи, што можат да покријат и една цела мозочна хемисфера (Поповски, 1993). Најчесто се наоѓаат во хемисферите на големиот или малиот мозок и се од конгенитално потекло. Тие се најчеста причина за SAH кај околу 10% од случаите.

Како резултат на руптура (прскање) на ослабен сид на крвен сад во мозокот, настанува крварење, одредени клетки во мозокот не се снабдуваат со крв и не можат да функционираат.

Во понатамошниот тек на болеста може да дојде до состојба која се нарекува вазоспазам, која претставува абнормална констрикција на артериите на мозокот. Вазоспазмот е вид на одбранбен механизам на организмот со кој тој се брани од понатамошно крварење.

Друг проблем настанува кога акумулираната крв од артеријата која прснала создава притисок на околното мозочно ткиво и ја нарушува функцијата на мозокот. Во зависност од јачината на притисокот може да се јават сериозни и благи симптоми.

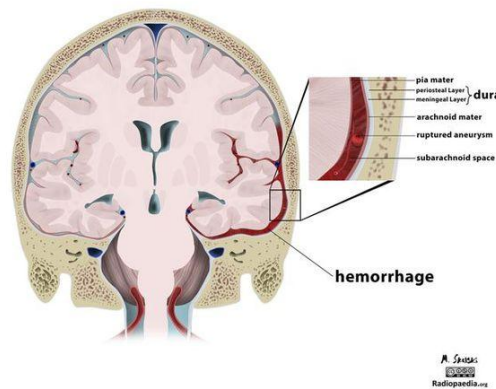
Според местото на крварење хеморагичниот мозочен инсулт се среќава како:

- субарахноидален и
- интрацеребрален.

2.2.1. Субарахноидална хеморагија – SAH

Субарахноидалната хеморагија претставува продор на крвта во субарахноидалниот простор на мозокот, односно просторот помеѓу мозокот и неговите менинги (обвивки) (Радојчиќ, 1998).

Subarachnoid Hemorrhage



Сл. 5: Субарахноидална хеморагија

Figure5: Subarachnoid hemorrhage

Најчеста причина е: зголемен крвен притисок, руптура на анеуризма и руптура на артериовенска малформација.

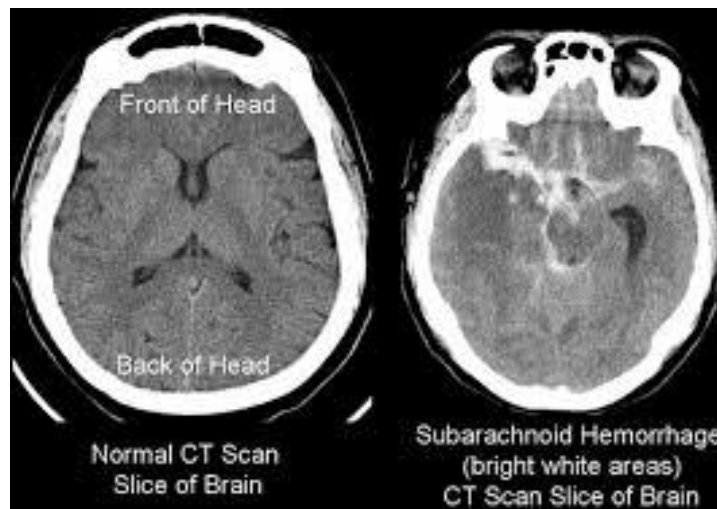
Клиничката слика се карактеризира со силна главоболка во челниот или тилниот предел, гадење, повраќање, вкочанет врат, позитивен Бабински тест и нарушување на свеста со конфузија, сомнолентност, сопор до кома.

Поради зголемениот интракранијален притисок мускулните рефлекси се ослабени или згаснати. Доколку крварењето не го оштетило мозочното ткиво, симптомите остануваат генерализирани и нема фокални испади. Ако крварењето продре во мозочното ткиво тогаш се јавуваат жаришните симптоми кај оштетениот дел со хемиплегија, афазија, а може да настанат и епилептични напади. Кај поголем број болни крвниот притисок е зголемен и има умерено покачување на температурата.

Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика, лумбалната пункција, КТ и ангиографијата. Кај 20% од болните при преглед на фундусот има крварење на ретината, на ивицата или во близина на папилата, што е сигурен дијагностички знак и ја прави лумбалната пункција непотребна.

При лумбална пункција ликворот е крвав. Морталитетот кај SAH е голем и се движи помеѓу 45-60%, додека морталитетот од рецидиви изнесува 12-40%.

Субарахноидалната хеморагија најчесто се јавува околу 40-60 годишна возраст и е почесто застапена кај жените.

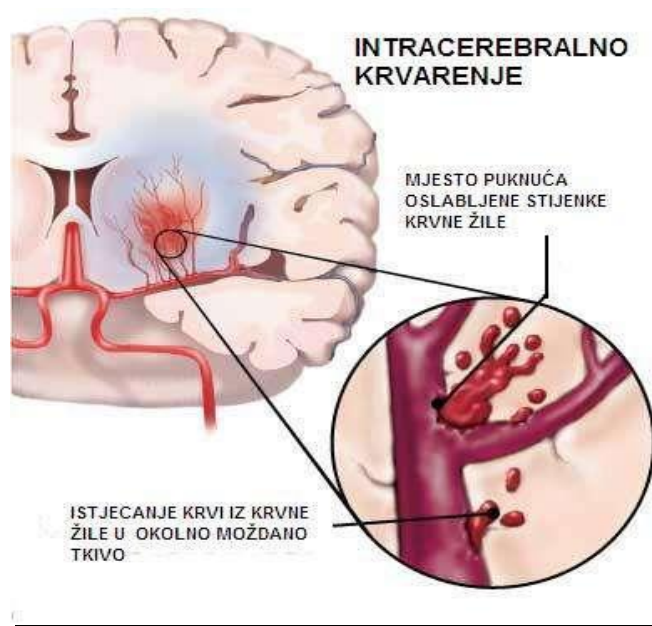


Сл.6: Приказ на субарахноидална хеморагија на КТМ

Figure 6: View of subarachnoid haemorrhage CT

2.2.2. Интрацеребрална хеморагија - ICH

Интрацеребралната хеморагија е крварење во самото мозочно ткиво, кое најчесто се јавува кај средовечни и стари лица кои се хронични хипертоничари и патат од атеросклероза, а поретко кај млади како последица од руптура на анеуризма или АВ малформација. Се јавува почесто во будна состојба отколку во сон.



Слика 7: Интрацеребрална хеморагија

Figure 7: intracerebral hemorrhage

Инсултот настанува нагло, брзо се развива хемиплегија, и речиси секогаш се присутни главоболка и повраќање, може да доведе до нарушување на свеста и кома. Хематомот, особено голем, делува како туѓо тело и врши притисок на околното мозочно ткиво и виталните центри. Локализацијата и големината на хематомот се од примарна важност за клиничка манифестација и прогноза.

Масивно интравентрикуларно крварење дава многу тешка клиничка слика: длабока кома, хиперпирексија, децеребрациона ригидност и билатерално Бабински. Речиси секогаш завршува летално.

Хеморагија во мозочно стебло, дури и многу мала, може да даде многу драматична клиничка слика која доведува до брз губиток на свеста, девијација на очите и главата кон одземената страна поради парализа на понтиниот центар за поглед и води до смрт во првите 48 часа.

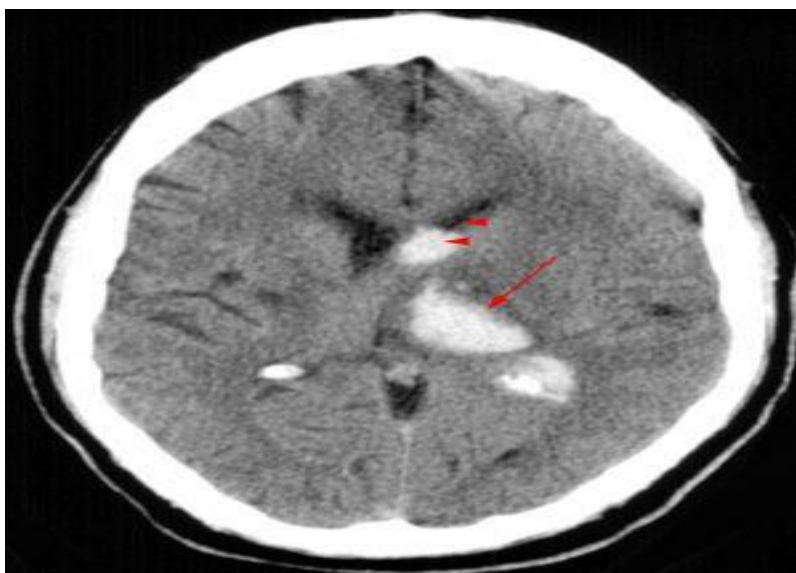
Церебралние хеморагии даваат јака тилна главоболка, нистагмус, диплопија, вртоглавица, повраќање и атаксија. Кома настанува во првите 12 часа кај 75% од болните и во тек на 24 часа кај 90% (Симон, 2011).

✓ *Дијагноза на интрацеребрална хеморагија*

Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика и невролошкиот преглед.

За поставување на брза и сигурна дијагноза, во клиничката пракса се користат различни неурорадиолошки техники, со кои се одредува големината на крварењето, нејзината локализацијата, едемот и притисокот што го врши крварењето врз соседното мозочно ткиво. Најчесто е доволно КТ на мозок со кој се прикажува хипертензна лезија опкружена со хиподензен прстен, што укажува на едем околу хематомот. За подобра визуализација на анеуризмите или АБ малформациите потребно е да се направи ангиографија.

Со ангиографијата како метода се испитува причината која довела до хеморагија и може да биде парцијална или целосна. Таа се прави од 24-72 часа од настанувањето, со цел за изведување на хируршка интервенција ако наодот е позитивен. Ако со изведувањето на оваа интервенција се задоцни болниот се третира конзервативно, а истата се изведува по три недели (Влашки, 2002).



Слика 8 : Приказ на интрацеребрална хеморагија на КТМ

Figure 8: View of intracerebral hemorrhage CT

Лекувањето - првенствено е со хируршка интервенција, а кај неоперабилните болни основна задача е одржување на проодноста на дишните патишта, одржување на рамнотежа на метаболизмот на вода и електролити како и сузбивање на едемот со користење на антиедематозна и антихипертензивна терапија, како и правилна исхрана и нега на болниот.

Контраиндикација за операција е хеморагија во понс или длабока церебрална хеморагија, поради честата спонтанa декомпресија при руптура во венрикулите, и областите што се во прашање се достапни за сметка на нормалната мозочна маса (Симон , 2011).

3. Превенција и третман на болни со мозочен инсулт

Превенцијата на цереброваскуларните болести по пат на утврдување и контрола на факторите на ризик има поголем ефект во намалувањето на смртноста и инвалидноста од која било фармаколошка или хирушка интервенција која се превзема.

Во склоп на превенција од мозочен инсулт се применуваат следните постапки:

1. Потребно е да се делува на факторите на ризик кои се поврзани со стилот на живот со цел отстранување на нездравиот стил на живот и промовирање на здрав начин на живот;
2. Лекување на болести кои преставуваат фактори на ризик и на тој начин се намалува влијанието на тие фактори за зачестеноста на мозочниот инсулт;
3. Во случај на исхемичен мозочен инсулт, покрај делување на фактори на ризик, се користат и лекови кои ја забавуваат коагулацијата на крвта и тоа орални антикоагуланси и антиагрегациона терапија;
4. Во случај на значајна стеноза на каротидните артерии се постапува со оперативно лекување на каротидната стеноза и поставување на стентови.

Од голема важност како за примарната така и за секундарната превенција е водење на здрав начин на живот како и редовни лекарски контроли и примена на адекватна терапија. Секој лекар во својата секојдневна пракса може да придонесе во превенцијата од мозочен удар.

Во склоп на превенција од мозочен удар треба да се делува на сите фактори на ризик што може да се отстранат. Треба да се поттикнува непушење,

т.е. престанок на пушење, да се поттикнува намалување на прекумерната телесна тежина, зголемена телесна активност и примена на здрав начин на исхрана.

Редовното вежбање го намалува ризикот од зголемен крвен притисок, срцеви болести, а помага и во подобра регулација на шеќерот во крвта, т.е. подобра толеранција на гликоза. Редовната физичка активност ја подобрува циркулацијата, кардиоваскуларното здравје и влијае на зголемување на вредностите на HDL.

Наједноставен и најбезбеден начин на вежбање е брзото одење. Се советува најмалку 30 минути умерена физичка активност дневно, најмалку 5 пати во неделата.

Во склоп на превенцијата посебно внимание треба да се посвети на зголемениот крвен притисок и холестерол. Препорака е да се одржува крвниот притисок во нормални граници под 130/80, а кај болните со покачени вредности на холестеролот им се советува диета и терапија со статини.

Хипертензијата е присутна кај речиси половина од возрасната популација, 46.3%, а дури 80% од пациентите со акутен мозочен инсулт имале зголемен крвен притисок кој кај повеќе од 1/3 од случаите биле нелекувани или неправилно и редовно лекувани. Луѓето со НТА имаат 3 пати зголемен ризик за мозочен удар. Установено е дека добро регулиран притисок го намалува ризикот од CVI дури за 40%.

Лекувањето зависи од видот на Церебро-васкуларниот инсулт, односно дали се работи за исхемичен или хеморагичен.

Кај исхемичниот цереброваскуларен инсулт заради прекин во протокот на крв доаѓа до исхемија во оној дел од мозокот каде тој крвен сад го исхранува. Во централниот дел на исхемијата настанува некроза, додека околу неа постои појас наречен пенумбра, каде клетките сè уште се функционално умртвени, но не и мртви, на кои може да се делува. Сите терапевтски обидувања во акутната фаза

кај исхемичниот мозочен удар се насочени на клетките во пенумбрата, на нивна ревитализација (Graeme , 2002).

Целта на современите тераписки постапки се сведува на обидот клетките од пенумбрата да се одржат во живот, т.е. да се спречи нивното изумирање кое доведува до проширување на инфарктот. Најадекватена постапка во тој правец е да се обезбеди реканализација на оклудираниот крвен сад и повторно воспоставување на циркулацијата во зоната на инфарктот во првите 3 часа од појавата на симптомите. Овој краток временски период за рационална терапија е причина зошто Церебро-васкуларниот инсулт се испитува и лекува по принципот на прв степен на ургентност.

Кај исхемичниот мозочен удар постои специфична терапија, т.н. тромболитична. Примената на оваа терапија бара задоволување на неколку строги критериуми од кои најважни се неколку:

- Примена на истата во временски интервал од три часа од јавувањето на симптомите;

- Лекарот да има на располагање 24h комплетна дијагностика што е од големо значење во одредување дали се работи за исхемичен или за хеморагичен мозочен удар.

Тромболизата се изведува со примена на рекомбинантен ткивен плазминоген активатор rt-PA (t-PA), кој се администрира во доза од 0,9 мг/кг.тт, сè до максимална целосна доза од 90 мг/кг. 10% од дозата се аплицира како интравенски болус, а останатите како континуирана интравенска инфузија над 60 минути.

Со примена на тромболитична (фибринолитична) терапија која има способност да го разложи тромбот, можно е реканализација на крвниот сад и повторно воспоставување на циркулација во мозочното ткиво. Тогаш последиците од мозочен удар се многу помали и кај голем дел од болните невролошкиот дефицит потполно се повлекува (Симон , 2011).

Ефектите од тромболизата се поголеми кога терапијата се дава побргу од времето на настанувањето на симптомите. Примената на терапијата после 4,5 часа од настанувањето на мозочниот удар нема повеќе поволен ефект, а може да биде и опасна заради зголемениот ризик од компликации како што е интрацеребралното крварење.

Болниот кај кого е применета тромболиза има за околу 30% поголеми шанси после три месеци да биде без или со минимални невролошки оштетувања, во споредба со болниот кај кого оваа терапија не е применета.

Тромболитичната терапија се применува кај околу 5% од болните со мозочен удар. Една од причините за така малиот број на болни кои се лекуваат со оваа терапија е задоцнетото јавување во установата каде се применува таа. Оваа терапија може да се даде само после направен КТМ, со што се исклучува постоење на мозочно крварење (Dippel, 2001).

Кај оние болни кај кои не може да се примени оваа терапија се применува терапија која всушност се користи за секундарна превенција.

Секундарната превенција означува превенирање од повторно јавување на Церебро-васкуларниот инсулт. За таа цел се користат и антиагрегациона (антитромботична) и антикоагулантна терапија.

Од антиагрегационата терапија се користи Aspirin во доза од 300 мг првите три дена од настанувањето на мозочниот удар, а потоа се продолжува со доза од 100 мг секојдневно. Друго антиагрегационо средство кое се користи во комбинација со Aspirin се таблетите Clopidogrel од 75 мг.

Од антикоагулантната терапија најчесто се користат нискомолекуларните хепарини: Clexane, Fraxiparine и др.

Кај хеморагичниот цереброваскуларен инсулт лекувањето е со хируршки третман, а кај неоперабилните болни, лекувањето е конзервативно и се состои во борбата против мозочниот едем, хипертензијата и примена на соодветна нега со која се превенираат компликациите.

4. Улога на медицинската сестра

Мозочниот удар е животна загрозувачка состојба која е опасна по живот и бара згрижување на болниот од прв степен на итност.

Веднаш по доаѓањето на болниот во невролошката амбуланта, сестрата треба да биде доволно едуцирана и искусна за да се направи правилна тријажа на болниот и да ги препознае симптомите на мозочен удар уште при првиот контакт со него. Многу често и најмирните пациенти во чекалната од амбулантата се лица чиј живот е најзагрозен. Затоа искуството на медицинската сестра е драгоцено.

Врз основа на прв ред од итност се внесува пациентот во амбулантата и од голема важност е да се одреди времето на почетокот на симптомите.

Веднаш се пристапува кон мерење на виталните функции - крвниот притисок, пулс, се следи дишењето, температурата.

Податоците земени од самиот болен се многу важни како и податоците од другите лица кој го придружуваат болниот (авто и хетероanamнеза). Од разговорот со него се проценува нивото на свест и ориентација, тешкотии при зборувањето, можноста да се придвижат зафатените екстремитети, како и способноста за голтање. Се увидува дали претходно пациентот имал проблеми со слух, вид, дали носи забна протеза и др.

Сестрата како значаен член од тимот има важна улога и одговорност при изведувањето на сите дијагностички процедури, во спроведувањето на терапија и комплексна нега околу овие болни.

Според Куртовиќ (Kurtovic, 2013), сестринските интервенции опфаќаат:

1. Запознавање со пациентот и неговата состојба:

Болниот заради наглото влошување на состојбата, соочен со голем проток на луѓе околу него, и бројни интервенции од кои некои се и болни, е многу уплашен. Затоа е потребно сестрата најнапред да му се претстави на болниот, пред изведување на каква било интервенција да го запознае болниот со начинот на изведување, да го охрабри бидејќи таа сепак најмногу време поминува со него.

2. Сместување на болниот во постела и спроведување на предвидените активности:

Сестрата го сместува болниот во кревет и веднаш пристапува кон мерење на виталните функции на секој половина час: пласира канила, уринарен катетер за да се следи диурезата. Покрај тоа се следи и столицата, спутумот и повратените желудечни содржини. Покрај квантитативните се следат и квалитативните вредности.

3. Ги презема лабораториските анализи што се направени при приемот, ги ажурира сè со цел за поставување на точната дијагноза.

4. Сестрата како член на тимот му асистира на докторот во тек на невролошкиот преглед како и при изведување на некои дијагностички интервенции како што е на пр. лумбалната пункција и подготвува материјал за нејзино изведување.

5. Следејќи ги упатствата дадени од страна на докторот во понатамошното лекување на болниот, го запознава болниот со режимот во останатите 24 часа.

Сестрата отвора терапевска листа и во неа ги регистрира сите анализи и промени.

6. Сестрата како психоедукатор: Од голема важност е и улогата на сестрата како психоедукатор, особено кај болните од мозочен удар. Тие, поради инвалидноста, согледувајќи ја својата состојба, не можат да прифатат и да се помират со нагло настанатата ситуација. Потоа болничкото лекување значи и одвојување од средината во која живее и менување на начинот на живот и неговите навики. Редовна појава кај оваа категорија на болни се појавата на емоционални пречки како плачење, тага, анксиозност, неволност и др. Ова во основа е работа на психологот, но тој не може успешно да ја изврши својата работа без соработка со сестрата која, најмногу од сите, ја поминува со пациентот. Таа во услови на добра организација може да забележи многу важни

поединости до кои психологот тешко доаѓа, со користење на интервју, тестови и др. Всушност, интервенцијата на медицинската сестра кај пациентите со цереброваскуларни заболувања е од нужна потреба во сите фази на болеста, од акутна фаза до терминални фази. Улогата на сестрата е поврзана со едукација на пациентот и неговото семејство. Понатаму, сестрата го вклучува пациентот во терапевтската постапка, го едуцира од аспект на здравствена нега, ги воочува новонастанатите симптоми или влошување на истите и прва е која што комуницира со семејството на пациентот. Медицинските сестри кои работат со овие пациенти е потребно да бидат со висока стручност, морални квалитети и висок степен на емпатија, како за пациентот така и за неговото семејство.

7. Медицинската сестра учествува и во здравствено воспитување на болниот и неговото семејство:

Упатствата се однесуваат на запознавање на семејството со значењето на одржувањето на личната хигиена, положбите кои ги завзема болниот како превенција од декубит и др. компликации. Таа го едуцира болниот како да го спречи повторното јавување на мозочниот удар, го подучува за значењето на навремено земање на лековите пропишани од лекарот и веднаш штом ќе забележи некакви симптоми да побара лекарска помош за да се спречат компликациите кои настануваат од повторното јавување на мозочниот удар (Ацковска, 2006).

Целта на овие сестрински интервенции е:

- Да се спречи смртниот исход;
- Да се спречат можните компликации во тек на примената на терапијата;
- Да се спречат секундарните компликации кои се јавуваат како резултат на неподвижноста.

4.1. Медицинската сестра во нега на болни со мозочен инсулт

Секој болен со знаци за мозочен удар треба најбрзо да биде донесен во најблиската специјализирана установа, затоа што раното препознавање и лекување на компликациите кои го следат Церебро-васкуларниот инсулт значајно ги намалува последиците.

Сите болни со Церебро-васкуларниот инсулт треба да бидат згрижени на оддел за интензивна нега или во единиците за интензивна нега. Овие единици се опремени со комплетен мониторинг за згрижување и следење на витално загрозените пациенти, со терапија и каде посебно внимание се посветува на негата на болните.

Во единиците постојано е присутен тим кој мора организирано да функционира. Персоналот е специјализиран и обучен благовремено да ги препознае можните компликации и да го спречи нивното настанување.

Во единиците за мозочен удар болниот може да биде донесен во будна состојба со потполно сочувана свест, просторно и временски ориентиран до конфузен, со нарушена свест сомнолентен, сопор или во кома.

Иако болниот во кома не реагира, сепак, сетилото за слух може да биде зачувано, така што прогнозата и сите разговори во врска со неговата состојбата не се препорачуваат.

Постојаниот надзор и континуираното следење на виталните функции (дишењето, температурата, пулсот и крвниот притисок) исто така се составен дел на 24 часовната нега.

Континуирано срцево мониторирање е препорачливо во првите 48h од мозочниот удар особено кај пациенти кои имаат претходна срцева болест, историја на неправилна работа на срцевиот ритам (аритмии) и др.

Потребно е да се обезбеди проодност на дишните патишта со аспирација на секретот од носната и усната празнина. Доколку е направена интубација и е

поставен ендотрахеален тубус за одржување на проодноста на дишните патишта потребно е да се одржуваат хигиенските стандарди на самиот тубус и околината околу него. Хигиената на носната и усната празнина треба да биде редовна.

Ефективна примена на кислород со брзина од 2-4л/мин. се препоручува кај сите болни кај кои е регистрирана хипосатурација на кислород под 92% бидејќи со обезбедување на адекватна оксигенација на мозочниот паренхим, особено во акутната фаза, се спречува или ублажува хипоксијата и се превенира влошување на невролошкиот дефицит. Сетоа ова се изведува со примена на маски од типот на назални или маски на уста.

Особено е важно и следењето на температурата и крвниот притисок. Температурата се мери најчесто аксиларно, наутро и напладне, а по потреба и почесто. Појавата на зголемена телесна температура е лош прогностички знак, која е последица на зголемените метаболни потреби, зголеменото ослободување на неуротрансмитери и слободни радикали. Фебрилната состојба се јавува најчесто во првите 48 часа и негативно влијае на крајниот исход. Во случај на појава на зголемена телесна температура неопходно е да се бара причината за можна инфекција, како би се дала адекватна фармаколошка и етиолошки усмерена терапија и разладување на телото со ладни облоги.

Зголемениот крвен притисок се јавува кај поголем број на болни и може истиот да биде главниот етиопатогенетски причинител, или да се јави како резултат на стресот од самиот мозочен удар, полна бешика, болка, физиолошки одговор на хипоксијата или заради зголемениот интракранијален притисок.

Кај пациентите на интензивна нега крвниот притисок се следи почесто, на секои 4h и кога тој е надвор од границите на нормала, благовремено се реагира и третира со антихипертензивна терапија.

Значаен број на болни уште на самиот прием имаат нарушување на електролитниот статус во смисла на дехидратација и зголемена осмоларност на плазмата што непосредно го загрозува мозокот како и бубрезите. Дехидратацијата

доведува до снижување на перфузијата во пограничната зона на инфарктот, додека претераното внесување на течности може да доведе до мозочен едем.

Кај оваа категорија на болни, особено кај оние кои пропратно имаат дијабетес, многу често се врши и мерење на гликемијата. Мерењето на гликемијата и нејзина брза корекција е многу важно затоа што во случај на хипогликемија, може да имитира мозочен удар, и да го влоши невролошкото оштетување предизвикано од права церебрална исхемија. Сите овие мерења сестрата ги заведува во посебни листи.

Кај околу 50-70% од болните со цереброваскуларен инсулт се јавуваат пречки во мокрењето, како што е уринарната инконтиненција и ретенција.

Уринарната ретенција значи дека болниот не може спонтано да мокри, додека пак уринарната инконтиненција кога болниот не може да ја задржи мокрачата. Овој проблем се решава со поставување на уринарен катетер со кој истовремено се врши елиминирање на мокрачата, како и мерење на дневната диуреза, кој пак сам по себе носи ризик од уринарна инфекција. Затоа, потребно е често менување на катетерот при тоа да се запазат сите мерки за стерилност при неговото поставување и превентивно ординирање на уроантисептици.

Катетерот не треба да биде постојано отворен, односно спонтано да истекува, туку да се затвора и отвора на секои 2-4 часа сè со цел за да се зачува капацитетот на бешиката. Потребно е на секои два часа во текот на денот на болниот да му се дава сад за мокрење, за да се стимулира болниот да уринира, а ноќе да се врши на секои 4-6 часа. После вечерата на болниот треба да му се намали количеството на внесени течности преку уста или парентерално.

Дефекацијата кај овие болни е проследена со чести опстипации кои се јавуваат заради млитавоста на абдоминалната мускулатура и физичката неактивност на болниот. За решавање на овој проблем се користат клизми 2-3 пати неделно, како и внесување на доволно количество вода, компоти од суви сливи и др. Сестрата треба да му обезбеди и приватност на болниот со поставување на параван и да го подучува болниот дека дефекацијата треба да ја

обавува без напор, затоа што напоните може да го зголемат крвниот и интракранијалниот притисок и да се испровоцира хеморагија.

Исхраната се спроведува во зависност од состојбата на болниот. Кај болните во кома и болните со нарушен акт на голтање исхраната се врши со инфузии раствори или со поставување на назогастрична сонда. Кај останатите болни исхраната се врши преку уста.

За време на оброкот, доколку состојбата дозволува, болниот се поставува во седечка положба со главата лесно наведната нанапред или во лежечка со поткренување на горниот дел од телото. На болниот му се дава течна или иситнета храна која се става на непарализираниот дел од устата постојано потсетувајќи го да голта. После секое хранење се проверува дали храната е голтната или е заостаната во парализираниот дел од устата. Хранењето се врши во помали количини, но почести интервали околу 4-5 пати во денот. После секој оброк се врши тоалета на устата, најмаку 3 пати на ден (Ристевска ,2006).

Во негата на болните со цереброваскуларен инсулт многу е важна и положбата на телото која ја завзема болниот во кревет заради превенција од контрактури и други дефекти. Контрактури се појавуваат поради долго лежење кај болен во принудна положба, т.е. ако екстремитетите и зглобовите се поставени во нефизиолошка положба. При тоа доаѓа до истегнувања на поединечни мускули и неможности за нормална функција на екстремитетите (Панова , 2008).

Најчесто болниот се поставува да лежи на страна наизменично или на грб со лесна елевација на главата од подлогата. Доколку болниот се постави да лежи на грб и има тенденција од хиперекстензија на коленото, под коленото се става крпа свиткана во ролна или перница.

Ако болниот лежи на страна и тоа на непарализираната страна, тогаш парализираната нога се поставува во лесна флексија со користење на декубитално перниче под коленото за да се превенира флексионите деформитет на колкот.

Во текот на ноќта, за да се спречи аддукцијата на рамото, се поставува мала перница под пазувата, и рамото е во лесна флексија. Друга перница се става под плегичната рака со лактот и шаката во висина над рамото, за да се превенира создавањето на едем на раката. И под плегичната нога под коленото се поставува перница за да се избегне создавањето на оток на ногата.

При менување на положбата кај болни со мозочен инсулт потребно е да се избегнуваат нагли и одсечни движења, а се препорачува примена на извртување на телото по сегменти. Менувањето на положбата на телото се прави на секои 2-3 часа, во зависност од состојбата на кожата и останатите здравствени проблеми.

Како резултат на долготрајното лежење во иста положба се јавува и декубитот како компликација. Декубитот може да биде површен, кој се манифестира со црвенило на кожата, или длабок каде доаѓа до некроза и се јавуваат рани на кожата. Освен неподвижноста како фактор на ризик за развој на декубит, се јавува и дебелината, шеќерната болест, хипопротеинемијата и намалената циркулација. Декубитот е и одраз на лошо спроведена нега (Поповски, 1993).

Една од мерките за превенција од декубит е честото менување на положбата на болните, раното вклучување во процесот на рехабилитација како и редовно одржување на хигиената на телото на болниот, неговата облека и постелнина. Со редовно миење на телото и пребришување со алкохол се подобрува циркулацијата и се превенира декубитот. Кожата треба постојано да биде чиста и сува, чаршавите затегнати без рабови.

За превенција се користат и разни декубитални душеци и перничии кои ни помагаат да се избегне оваа компликација. Доколку сепак се развие декубит, мора секојдневно да се врши тоалета на раната, а по потреба се вклучува и антибиотска терапија. Во третманот на оваа компликација може да биде вклучена и хируршка интервенција

Со честото и правилно менување на положбата на болниот се постигнува наизменично растеретување на двете страни на тораксот. Вежбите за дишење се

изведуваат пасивно, издишувањето се потпомогнува со лесен притисок на абдоменот и базата на ребрата од страна на медицинската сестра.

Со преземањето на овие мерки како и со соодветна микроклима во просторијата, се спречуваат респираторните компликации кои се многу чести заради неподвижноста или заради аспирација на храна, течност или аспирирање на желудочна содржина се обезбедува подобра оксигенација на крвта и подобра вентилација, што добро влијае на опоравувањето на централниот нервен систем.

Пнеумонија е честа компликација кај болните со мозочен удар и е причина за смрт кај околу 20-40% од болните. Се среќава обично кај стари лица со хронична опструктивна болест кои не можат да искашлат, како резултат на долгото лежење и аспирацијата на течности и храна. Кај секој болен кој повраќал или е најден паднат со нарушена свест може да се претпостави дека дошло до аспирирање. Затоа давањето на антибиотици по интравенски пат пред да се појават симптомите делуваат профилактички.

Чест проблем со кој се среќава сестрата при нега на овие болни е и отежнатата комуникација заради отежнатиот говор, или воопшто неможноста болниот да зборува или да разбира што му се кажува како и можноста да пишува.

Афазијата е најчестиот невролошки дефицит кој се јавува како последица на мозочниот удар. Афазијата настанува како резултат на оштетување кое настанува во оние делови на мозокот кои се одговорни за говор, кој кај поголемиот дел од луѓето се наоѓаат во левата мозочна хемисфера.

Афазијата може да биде: моторна, сензорна и амнестичка (номинална).

Со разорување на Brokinata зона настанува моторната афазија. Таа се наоѓа во долниот дел на конвексната страна на доминантниот фронтален лобус. Болниот со моторна афазија разбира сè што му се зборува и чита, но не може да зборува и пишува. Полесниот облик на моторна афазија го одбележува отежнатата вербализација, успорен говор (брадилаличен) и изразување со многу кратки реченици (телеграфски стил). Моторната афазија често ја следат и одземеност на

екстремитетите од десната страна на телото што уште повеќе ја отежнува сликата на болеста и ја успорува рехабилитацијата.

Болниот со сензорна афазија не го разбира говорот, иако спонтано зборува и употребува бесмислени зборови (неологизми). Со разорување на Wernickeovata зона која се наоѓа во задната третина на горниот темпорален гирус, дава сензорна афазија. Не забележувајќи ги своите грешки, болниот се чуди зошто другите не го разбираат и тоа дополнително го прави раздразлив.

Кај амнестичката амнезија разбирањето на туѓиот говор и способноста за читање не се значително оштетени. Болниот зборува со одредена несигурност и неодлучност. Причината за ова е отежнато сеќавање на имињата за одредени предмети. Кога треба да се именува некој предмет, болниот не може да се сети на името на тој предмет, но знае да каже за што е наменет. Настанува при лезија во gyrus angularis во париеталниот лобус на доминантната хемисфера (Радојчиќ, 1998).

Овој дефицит дополнително ги фрустрира болните, ги прави раздразливи и плачливи и влијае на квалитетот на комуникацијата со нив, како и на самиот исход на лекувањето и рехабилитацијата.

Сестрата во секојдневниот контакт со болниот треба да најде соодветен начин да комуницира со него, треба да биде стрплива и упорна, доколку болниот не разбрал одредена наредба треба да ја повтори истата полека и без повишување на тонот. Во комуникацијата може да се послужи со разни мимики и гестови или доколку болниот има проблеми со слухот да му напише на хартија и да изнајде начин да ја препознае секоја негова потреба која најчесто е поврзана со физиолошка потреба, жед, промена на положбата на телото или болка.

Мозочниот удар е проследен и со други компликации, кои можат да бидат од страна на нервниот систем како и компликации од страна на други системи.

Најчестите компликации од страна на нервниот систем се:

Мозочен едем се развива во првите 24-48h, а максимално е изразен од 3-5 дена од почетокот на мозочниот инсулт. Лекувањето на едемот на мозокот

подразбира блага рестрикација на течности, а раствори како што се 5% гликоза не се препорачуваат затоа што може да го влоши едемот. Се препорачува примена на осмотски диуретици и правилно поставување на болниот во кревет со елевирана положба на главата за 30 степени над подлогата, со што се помага венската дренажа, а воедно високо поставеноста на главата придонесува коренот на јазикот да не западне наназад а со тоа да ја наруши проодноста на дишните патишта. Поповски (1993)

Епилептични напади – Во акутната фаза на Церебро-васкуларниот инсулт може да се јават епилептични напади и тоа кај околу 6-8% од болните, главно кај исхемиски инфаркти со емболиска етиологија.

Често, во првите денови од мозочниот удар, болниот е многу загрижен, уплашен, безволен, плачлив и има несоница. Лекарот треба да процени дали се работи за депресија или е само минлива манифестација.

Депресијата се развива кај 30-40% од болните и тоа кај оние кај кои ударот е локализиран во левата хемисфера на големиот мозок, почесто кај мажите отколку кај жените. Мозочниот удар тие го доживуваат како губиток на контрола, односно немоќ. Кај околу 25% од болните после една година се развива деменција. Клиничката манифестација може да варира и е различна кај болните и зависи од бројот, големината и локализацијата на мозочниот удар. Болниот е заборавен и психички успорен. Може да се јави и зголемена нервоза, несоница, агресивност и емоционална лабилност.

Компликации од страна на други системи се:

Тромбозата на длабоките вени - се манифестира со црвенило на кожата, оток и болка. Како последица на тромбозата може да се развие една од најтешките компликации на мозочниот удар, а тоа е пулмонална емболија.

Пулмонална емболија - започнува нагло, со отежнато дишење, со или без болка во градите. Лекувањето се спроведува со примена на големи дози на антикоагулантни лекови интравенски. Доколку со рехабилитација, која се состои во носење на еластични чорапи, елевација (поткревање) на ногата, примена на пасивни вежби и раната мобилизација на болниот, се започне рано, се избегнува оваа компликација.

Сите овие компликации се всушност и најчести причинители за неповолен исход кај овие болни. Со благовремената превенција и лекување на овие компликации се намалува смртноста и инвалидноста кај болните со Церебро-васкуларниот инсулт.

Ако болниот бил во кома, после неговото будење може да се јави збунетост, дезориентираност и тој се обидува да стане. Потребно е од страна на сестрата постојано негово набљудување и следење за да не дојде до повреда на болниот, да му се објасни на болниот каде се наоѓа, а воедно сестрата да му дозволи самиот болен да постави прашања, и да одговори на нив.

Колку време болниот треба да остане во креветот, односно да биде пасивен, зависи од причината која го предизвикала Церебро-васкуларниот инсулт. Доколку станува збор за церебрална тромбоза, со станување од креветот и активна рехабилитација се започнува веднаш или кога болниот ќе излезе од коматозната состојба.

Доколку Церебро-васкуларниот инсулт е резултат на церебрална хеморагија, се започнува со активна терапија штом се процени дека опасноста од повторно крварење е помината или ризиците за повторно крварење се сведени на минимум. Со пасивни вежби се започнува со цел да се спречи мускулната слабост и атрофија на мускулите како и контрактури на зглобовите на екстремитетите. Пасивните вежби ја потенцираат циркулацијата и помагаат во воспоставување на невромускулните активности. Станувањето на болниот од легната во седната положба е посебен проблем кај хемиплегичарите, и тие тоа го прават на сметка на здравата страна на телото. Активните вежби ги реализираат физиотерапевтите, а сестрата го храбри и стимулира болниот да истрае во борбата за негова добра физичка активност.

4.2. Медицинската сестра во рехабилитациониот третман на болни со мозочен инсулт

Програмот за рехабилитација го спроведува тим на стручњаци кој е составен од невролог, физијатар, логопед, психолог, психијатар, физиотерапевт и медицинска сестра.

Доколку здравствената состојба на болниот е стабилна и е без кардиолошки компликации, многу рано се започнува со пасивни вежби кај плегичните екстремитети.

Уште при самиот прием на болни со мозочен удар се прави проценка на состојбата која се однесува на:

- ✓ дали може да се воспостави контакт со болниот;
- ✓ дали болниот е временски и просторно ориентиран;
- ✓ дали постои асиметрија на лицето;
- ✓ дали постојат пречки од страна на говор, слух, вид, сензибилитет;
- ✓ дали може да ги придвижува екстремитетите на плегичната страна;
- ✓ дали е сочуван актот на голтање и
- ✓ дали може спонтано да ја менува положбата во креветот.

Веднаш по проценката на состојбата на болниот, членовите на тимот за нега и рехабилитација го составуваат планот за рехабилитација. Планот за рехабилитација е индивидуален, за секој болен посебен, и зависи од неговата здравствена состојба, невролошкиот дефицит, издржливост и мотивираност. Емоционалните реакции, стравот, плачењето, депресивноста и сенилноста ја намалуваат соработката на болниот (Bakran , 2012).

Целиот процес на рехабилитација се одвива во соработка со членовите на тимот за рехабилитација и неа, и членовите на семејството, со постепено вклучување и на самиот болен.

Непосредно после мозочното оштетување настапува фазата на имобилизација. Мускулите на плегичната страна се со намален тонус, болниот лесно се заморува и потребно е третманот да се спроведува внимателно. Најмногу се зафатени мускулите за волеви движења.

Оваа фаза е минлива и трае околу две недели, но може истата да остане и трајно, која негативно влијае при изведувањето на одредена волева моторна активност.

Неколку дена до неколку недели после мозочниот удар, кај околу 40% од болните кои доживеале мозочен удар доаѓа до вкочанетост, или згрченост на мускулите на плегичната страна со што е отежнато движењето или истото го прави неконтролирано. Спастичноста може да биде многу болна и е предуслов за настанување на контрактури и деформитети. Кај некои состојби спастицитетот се јавува порано, особено кај хеморагиите. Како резултат на ова болниот завзема карактеристична положба.

Раката е припиена кон телото, свиткана во лактот, со стегната тупаница. Ногата е испружена, со стапалото свртена нанадвор, а главата свртена кон здравата страна.

Спазмот најчесто е изразен при замор, при нагли движења, покачена телесна температура, додека за време на спиење спазмот попушта (Graeme, 2002).

Рехабилитацијата може да биде:

- рана и
- касна рехабилитација.

Раната рехабилитација се состои од изведување на пасивни вежби и масажи со кои се превенираат секундарните компликации. Исто така се започнува и со позиционирање на болниот.

Пасивните вежби се изведуваат секогаш до полн опсег на движење, два до три пати дневно. Постепено се изведуваат и вежби за седење и вежби за одржување на рамнотежата.

Болниот се подучува во кревет со здравата рака да ја поткрева плегичната и со здравата нога ставајќи ја под парализираната да ја помести здравата нога. Од голема корист е и ако на дофат на раката на болниот се врзе врвка со која болниот со помош на здравата ќе се подигне во седечка положба. Кога сето ова ќе го научи, се подучува сам да седи, на стол или количка, а кога и ова ќе го постигне, болниот вежба да стои со придржување, т.е. вежби за одржување на рамнотежата на телото (Feigin , 2003).

Касната рехабилитација започнува по исписот од невролошкото одделение. Кога болниот ќе постигне рамнотежа при седење, се прават вежби за трансфер од кревет на стол, вежби за стоење и вежби за одење со разбој. За цело ова време се продолжува со пасивните вежби, а кога ќе се стекнат првите активни движења, болниот почнува да ја јакне силата на мускулите на парализираните екстремитети и ја вежба парализираната рака за вршење на секојдневни работи и се започнува со одење (Ацковска ,2006).

Од почеток се учи самостојност во изведување на секојдневните активностите. Болниот се подучува како да се оспособи за изведување на активности од секојдневниот живот.

Тие активности опфаќаат:

- Самостојност при облекување и соблекување на горниот дел од пижамата;
- Самостојност при облекување и соблекување на долен дел од пижама или панталони;

- Самостојност при јадење, пиење;
- Самостојност при одржување на хигиената.

Доколку постојат пречки во говорот, како што се неможност за зборување, неразбирлив говор, тогаш во рехабилитацијата се вклучува и логопед, со кој се вежба и учи повторното зборување и пишување (Ацковска, 2006).

Успехот во рехабилитацијата зависи пред сè од:

- возраста на болниот, помладите имаат поголем успех;
- останатите придружни болести;
- локализацијата и големината на лезијата, како и
- постоење на емоционални пречки.

Кај старите лица кои имаат и други пропратни болести, не може секогаш да се постигне целосна самостојност во извршување на активности од секојдневниот живот. Кај оние лица кај кои не е постигнато значајно функционално опоравување, грижата, поддршката и разбирањето од семејството можат многу да помогнат во компензирањето на преостанатите невролошки дефицити.

5. Цели на трудот

Овој специјалистички труд има за цел:

1. Да се прикаже вкупниот број на лежечки пациенти болни со Церебро-васкуларниот инсулт во периодот од 2010-2014 година на Невропсихијатриското одделение во Општа болница во Велес;
2. Да се прикаже бројот (по пол) на лежечки пациенти болни со Церебро-васкуларниот инсулт во периодот од 2010-2014 година во Невропсихијатриското одделение во Општа болница во Велес;
3. Да се прикаже бројот (по место на живеење) на лежечки пациенти болни со Церебро-васкуларниот инсулт во периодот од 2010-2014 година во Невропсихијатриското одделение во Општа болница во Велес;
4. Да се прикаже бројот (по возраст) на лежечки пациенти болни со Церебро-васкуларниот инсулт во периодот од 2010-2014 година во Невропсихијатриското одделение во Општа болница во Велес;
5. Да се прикаже бројот (по занимање) на лежечки пациенти болни со Церебро-васкуларниот инсулт во периодот од 2010-2014 година во Невропсихијатриското одделение во Општа болница во Велес;
6. Да се прикажат ризик факторите и етиолошките фактори кои се присутни кај оваа категорија на болни.

6. Материјал и методи на работа

Во овој специјалистички труд користени се податоци од Невропсихијатриското одделение при Општа болница во Велес;

За обработка на податоците користени се дескриптивен, епидемиолошки и социјално-медицински метод на работа со статистичка обработка на податоците и соодветна стручна литература која ја обработува оваа проблематика.

Резултатите од испитувањата се прикажани графички, табеларно и нумерички.

7. Резултати и дискусија

Од спроведеното истражување (табела 1, графикон 1, 2 и 3) може да се забележи дека во Општа болница во Велес, на Одделението за Невропсихијатрија бројот на заболени лежечки пациенти со Церебро-васкуларни заболувања е најголем во 2012 година и тоа вкупно 306 пациенти, а најмал број се забележани во 2010 година и тоа вкупно 238 пациенти.

Табела 1.: број на заболени пациенти со Церебро-васкуларни заболувања

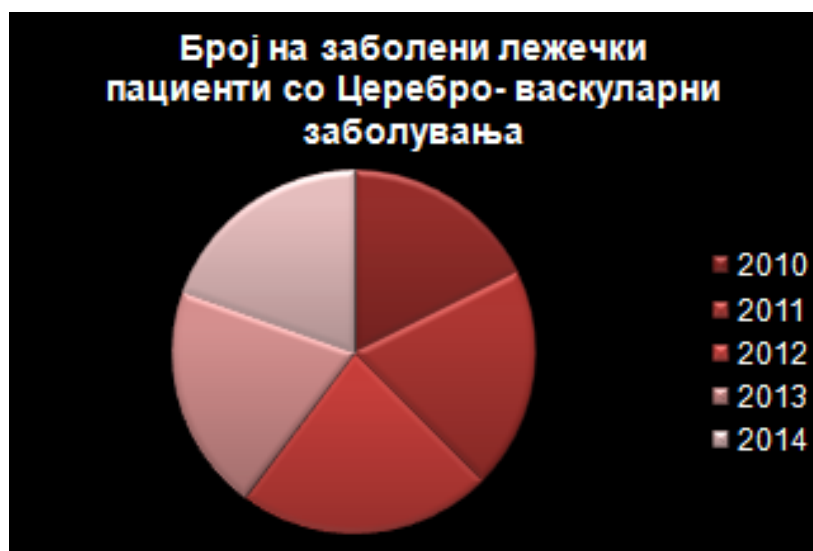
Table 1.: The number of infected patients with cerebrovascular disease

	2010	2011	2012	2013	2014
Јануари	13 (5%)	18 (7%)	26 (8%)	29 (11%)	19 (8%)
Февруари	18 (8%)	20 (7%)	25 (8%)	19 (7%)	17 (7%)
Март	15 (6%)	25 (9%)	23 (8%)	17 (6%)	29 (11%)
Април	21 (9%)	28 (10%)	18 (6%)	28 (11%)	22 (8%)
Мај	23 (10%)	19 (7%)	35 (11%)	25 (9%)	24 (9%)
Јуни	23 (10%)	23 (9%)	21 (7%)	23 (8%)	27 (10%)
Јули	27 (11%)	21(8%)	28 (9%)	26 (10%)	20 (8%)
Август	8 (3%)	12 (5%)	21 (7%)	20 (7%)	16 (6%)
Септември	19 (8%)	23 (9%)	24 (8%)	23 (8%)	17 (7%)
Октомври	16 (7%)	28 (10%)	31 (10%)	25 (10%)	31 (12%)
Ноември	32 (13%)	23 (9%)	24 (8%)	21 (7%)	16 (6%)
Декември	23 (10%)	27 (10%)	30 (10%)	16 (6%)	22 (8%)
ВКУПНО	238	267	306	272	263



Графикон 1.: Број на заболени пациенти со Церебро-васкуларни заболувања

Graph 1.: The number of infected patients with cerebrovascular disease



Графикон 2.: Број на заболени пациенти со Церебро-васкуларни заболувања

Graph 2.: The number of infected patients with cerebrovascular disease



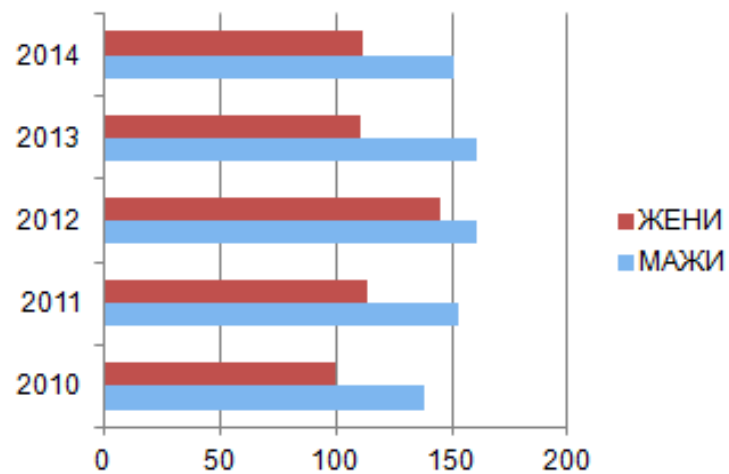
Графикон 3.: Број на заболени пациенти со Церебро-васкуларни заболувања
Graph 3.: The number of infected patients with cerebrovascular disease

Од табела 2 и графикон 4 и 5 може да се заклучи дека најголем број од заболениите со Церебро-васкуларни болести се од машки пол и тоа во секоја година од спроведеното истражување.

Табела 2.: Број на пациенти по пол

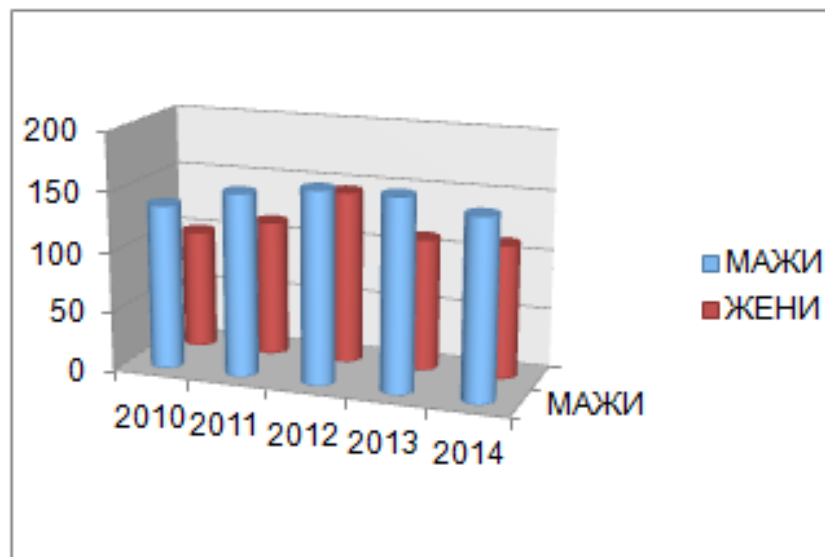
Table 2.: The number of patients by gender

	М	Ж	вкупно
2010	138 (76%)	100 (24%)	238
2011	153 (53%)	114 (43%)	267
2012	161 (53%)	145 (47%)	306
2013	161 (59%)	111 (41%)	272
2014	151 (57%)	112 (43%)	263
вкупно	764 (57%)	582 (43%)	1346



Графикон 4.: Број на пациенти по пол

Graph 4.: The number of patients by gender



Графикон 5.: Број на пациенти по пол

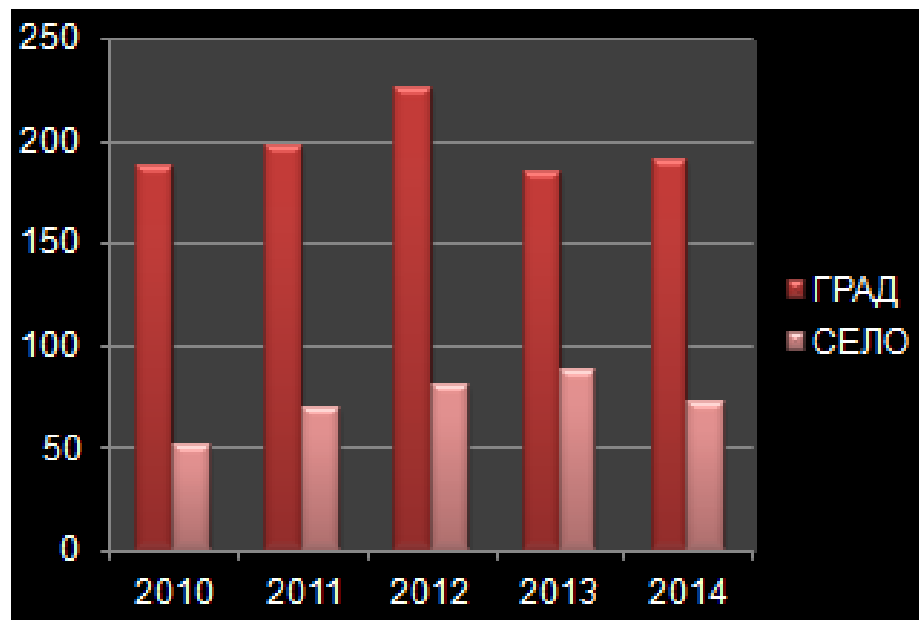
Graph 5.: The number of patients by gender

Од табела 3 и графикон 6 и 7 може да се заклучи дека најголем број од заболениите со Церебро-васкуларни заболувања се пациенти кои живеат во град.

Табела 3.: По место на живеење, град

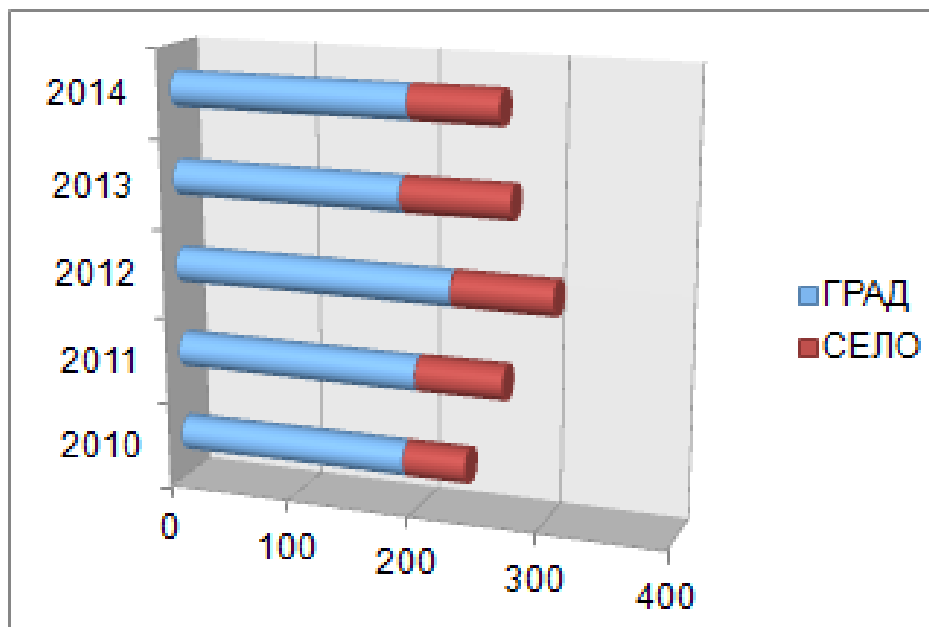
Table 3.: In residence, city

	град	село	вкупно
2010	187 (79%)	51 (21%)	238
2011	198 (74%)	69 (26%)	267
2012	226 (74%)	80 (26%)	306
2013	185 (68%)	87 (32%)	272
2014	191 (73%)	72 (27%)	263
вкупно	987 (73%)	359 (27%)	1346



Графикон 6.: По место на живеење, град

Graph 6: In residence, city



Графикон 7.: По место на живеење, град

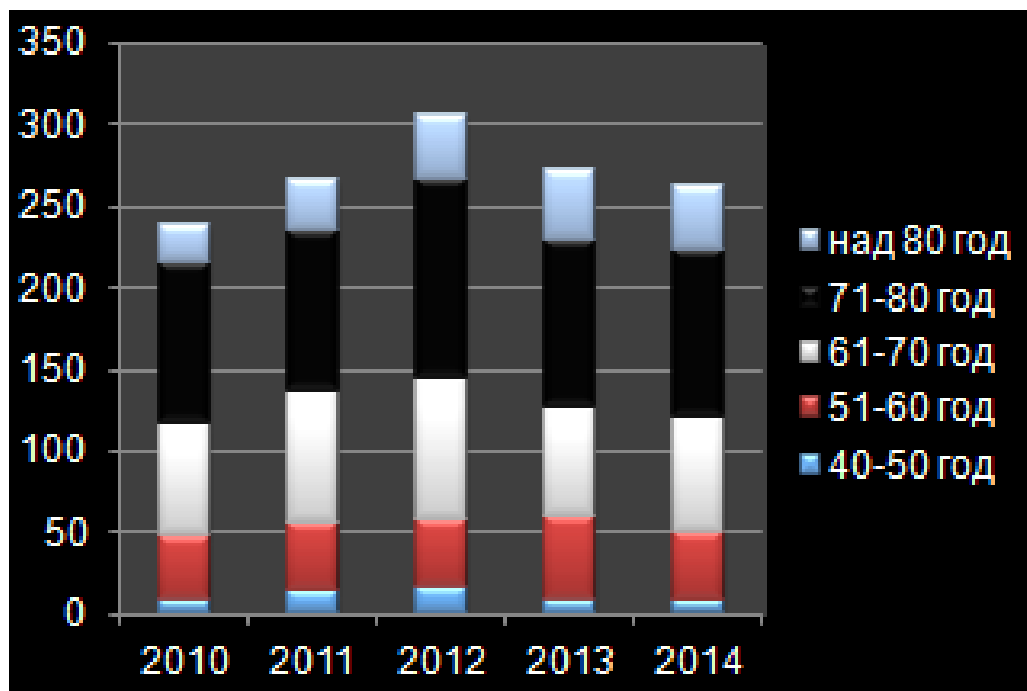
Graph 7.: In residence, city

Од табела 4 и графикон 8 може да се заклучи дека најголем број од пациентите кои се заболени со Церебро-васкуларни болести се на возраст од 71-80 годишна возраст.

Табела 4.: Цереброваскуларни болести по возраст

Table 4.: Cerebrovascular disease by age

возраст	40-50 год	51-60 год	61-70 год	71-80 год	Над 80 год.	вкупно
2010	9	39	68	99	23	238
2011	14	42	81	98	32	267
2012	16	41	87	123	39	306
2013	9	51	67	103	42	272
2014	8	42	70	104	39	263
вкупно	56	215	373	527	175	1346



Графикон 8.: Церебро-васкуларни болести по возраст

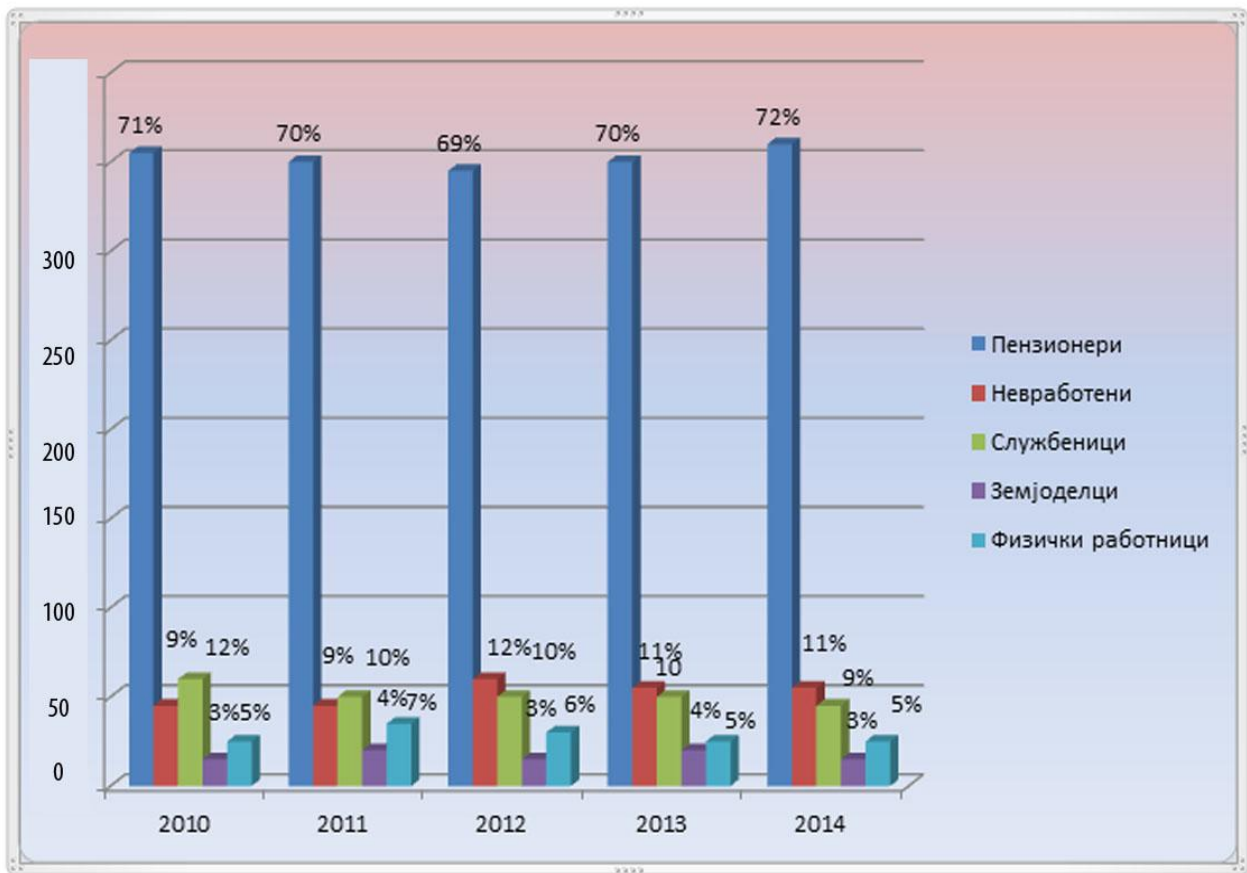
Graph 8.: Cerebrovascular disease by age

Од табела 5 и графикон 9 може да се заклучи дека најголем дел од пациентите кои во периодот од 2010-2014 година имале Церебро-васкуларни заболувања биле пациенти без физичка активност, односно невработени лица и службеници.

Табела 5.: Поделба на пациенти по образование

Table 5.: Division patient education

професија	Пенз	невработени	службеници	земјоделци	физички работници	вкупно
2010	169 71%	21 9%	29 12%	7 3%	12 5%	238 100%
2011	187 70%	24 9%	28 10%	9 4%	19 7%	267 100%
2012	213 69%	36 12%	32 10%	9 3%	16 6%	306 100%
2013	190 70%	30 11%	27 10%	10 4%	15 5%	272 100%
2014	189 72%	28 11%	24 9%	8 3%	14 5%	263 100%
вкупно	948	139	140	43	76	1346



Графикон 9.: Поделба на пациенти по образование

Graph 9.: Division patient education

Табела 6: Етиолошки фактори и фактори на ризик кај хоспитализираните болни со мозочен инсулт

Table 6: Etiological factors and risk factors in hospitalized patients with stroke

Етиол. фактори	НТА	Дислипидемија	Диабет	Пушење	Срцеви Забол.
Бр.на пациенти	1225 (91%)	1022 (76%)	579 (43%)	902 (67%)	780 (58%)



Графикон 10: Етиолошки фактори и фактори на ризик кај хоспитализираните болни со мозочен инсулт

Graph 10: Etiological factors and risk factors in hospitalized patients with stroke

8. Дискусија

1. Со последниот попис од 2002 година, Општина Велес во своите рамки има 55108 жители. Во Општа болница во Велес, на Одделението за Невропсихијатрија, бројот на заболени лежечки пациенти со церебро-васкуларни заболувања е најголем во 2012 година и тоа вкупно 306 пациенти, а најмал број е забележан во 2010 година и тоа вкупно 238 пациенти. Бројот на заболени од година во година се менува. Притоа, важно е да се напомена дека во рамките на спроведеното истражување, не постои значителна разлика во однос на бројот на заболени на годишно ниво. Во однос на поделбата на пациентите според својата професија/работна позиција, најголем е бројот на пензионери заболени од церебро-васкуларни заболувања, при што за периодот 2010-2014 година, во просек застапеноста на оваа болест кај пензионерите како целна група, се движи од 69% до 72%. Од останатите целни групи (невработени, службеници, земјоделци, физички работници), со најмала застапеност на заболени од церебро-васкуларни заболувања се истакнуваат земјоделците (за периодот 2010-2014 година процентот се движи од 3% до 4%), потоа физичките работници (за периодот 2010-2014 година процентот се движи од 4% до 7%), додека пак целната група „невработени“ и „службеници“ се движи со сличен процент, односно од 9% до 12%.

На основа на добиените и сумирани податоци, може да се заклучи дека бројот на заболени е значително изразен во поголема мера кај машкиот пол наспроти женскиот пол (во временска рамка која што е одбрана во рамките на истражувањето). Најголем број од заболени со церебро-васкуларни болести се машки пол и тоа во секоја година од спроведеното истражување.

2. Најголем број од заболени со церебро-васкуларни заболувања се пациенти кои живеат во град. На основа на оваа констатација може да се предвиди дека одредени фактори можат да се третираат како можни фактори за зголемување на можностите за заболување од церебро-васкуларни заболувања кај пациентите. Такви фактори се: загадената животна средина, урбаниот современ начин на живот, брзото темпо, стресот, работата во смени, го

нарушува животниот биоритам и има негативно влијание врз животниот стил, односно проблеми со сонот, нередовна и лоша исхрана без доволно количество на свежо овошје и зеленчук. Малку слободно време за активно спортување и прошетки во природа се, исто така еден од потенцијалните фактори за појава на церебро-васкуларно заболување.

3. Во однос, пак, на етиолошките фактори и фактори за ризик во групата на хоспитализирани болни со мозочен инсулт, кои што се опфатени во истражувањето, сумирано за временскиот период 2010-2014 година, истите се движат со различен процент на застапеност. Притоа, со највисок процент (91%) е застапен етиолошкиот фактор НТА, потоа дислипидемија со 76%, пушењето како етиолошки фактор е застапено со 67%, срцевите заболувања со 58% и дијабетот со 43%.

4. Најголем број од пациентите кои се заболени со церебро-васкуларни болести се од 71-80 годишна возраст. Тоа значи дека староста игра важна улога во појава на церебро-васкуларни заболувања.

5. Најголем дел од пациентите кои во периодот од 2010-2014 година имале Цереброваскуларен инсулт биле пациенти без физичка активност, односно невработени лица и службеници. Докажано е дека луѓето кои претежно седат, односно работата е поврзана со слаба активност, страдаат повеќе од артериосклероза на крвните садови, а со тоа и од хипертензија, за разлика од оние кои постојано се движат и имаат физичка активност. Тоа значи дека физичката неактивност игра важна улога во појава на церебро-васкуларни заболувања (Поповски, 1993).

Со цел да се извлечат релевантни заклучоци во поглед на спроведеното истражување во рамките на трудот, како и да се подобри квалитетот на поставената дискусија, се приложуваат податоци од спроведено истражување за состојбата на пациентите со цереброваскуларни заболувања во САД. Имено, според спроведено истражување во 2014 година во однос на смртноста која што ја

предизвикуваат церебро-васкуларните заболувања во САД, добиени се суштински податоци коишто ја отсликуваат реалноста на населението во даден временски период. Имено од вкупен број на 10.000 испитаници, што е особено голема релевантна група, се увидува дека околу 45% од населението се соочува со церебро-васкуларни заболувања. Подетални податоци од истражувањето се прикажани во Табела 7. Станува збор за краток преглед на здравствена статистика, спроведена преку национален прашалник за здравствено истражување. Добиените податоци се прилагодени во проценти (со стандардни грешки) на избраните болести на циркулаторниот систем кај возрасни на возраст од 18 години и повеќе, на основа на добиени податоци од страна на Националниот институт за здравје во САД (National Institutes of Health). Истражувањето е спроведено од страна на The Scripps Research Institute, САД.

Табела 7: Статистичка обработка на податоци за церебро-васкуларни заболувања во САД во 2014 година (%)

Table 7: Statistical data processing cerebrovascular diseases in the United States in 2014 (%)

Параметри		Сите видови на срцеви заболувања		Коронарни и срцеви болести		Хипертензија		Мозочен удар	
Пол		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
	Ж	12,2 %	9,8 %	7,3%	4%	25,3 %	23,7 %	2,5 %	2,4 %
Возраст	18-44	4,3%		1,1%		8,7%		0,5%	
	45-64	12%		6%		34%		3%	

Образовани е	65-74	24,6%	15,4%	54,6%	5,4%
	75 и повеќе	35%	21,6%	60%	9,7%
	Средно	26%	15,9%	62,6%	6,9%
	Колеџ	12,5%	6%	29,6%	3,4%
	Факултет	10,8%	5%	22,3%	1,3%
Работен статус	Вработен	30%	13%	65%	4,2%
	Невработен	24%	13%	53%	6%

Извор: Summary Health Statistics: National Health Interview Survey, 2014,

http://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2014_SHS_Table_A-1.pdf

пристапено на

23.05.2016 година

Според добиените податоци од истражувањето, се уvidува дека машката популација за одреден процент во однос на женската популација е повеќе изложено на ризик од церебро-вакуларни заболувања. Во однос, пак, на возраста, најмногу страда населението со 75 години и над оваа возраст, потоа населението на возраст од 65-74 години. Најмалку страда групата од 18 до 44 години старосна граница. Од аспект на образованието, во поголема мера страда населението со завршено средно образование, а најмалку населението со завршено факултетско образование. Според овие податоци се извлекува констатација дека работниот ангажман кој е во најголема мера пропорционален на образованиот статус, понатаму во животот влијае на влошување или поголема изложеност за можности од овој вид на заболување. Работниот статус, пак, (вработен-невработен), исто така има свој удел во однос на процентуалната застапеност на церебро-вакуларни заболувања. Сепак, не се забележува преголема процентуална разлика помеѓу испитаниците и нивниот ризик на изложеност на некоја од наведените заболувања, при што сепак процентуално

преовладуваат вработените наспроти невработените (поконкретно, од аспект на срцеви заболувања преовладува групата на вработени; од аспект на коронарни заболувања е изедначен процентот; од аспект на хипертензија преовладува групата на вработени; од аспект на мозочен удар преовладува групата на невработени).

Доколку се направи своевидна компарација на овие податоци со состојбата во Република Македонија, на основа на спроведеното емпириско истражување, се извлекуваат следните заклучоци:

- Постојат заеднички параметри дека машкиот пол е повеќе изложен на церебро-васкуларни заболувања отколку женскиот пол;
- Најмногу заболуваат пациенти кои што се на возраст од и над 75 години (до 81 година);
- Во одреден домен, особено кога станува збор за тешки церебро-васкуларни заболувања, преовладува групата на невработени пациенти.

9. Заклучок

Церебро-васкуларниот инсулт – CVI, или мозочен удар, е акутна појава на невролошки симптоми, предизвикан од нарушување на артериската циркулација на мозокот. Каротидните артерии се две големи артерии кои го снабдуваат мозокот со крв. Нарушувањето на циркулацијата доведува до недоволна исхрана на одредени делови на мозокот со кислород и хранливи материи. Недостатокот на кислород и хранливи материи предизвикува оштетување и изумирање на нервните клетки во оние делови на мозокот кои ги исхранува оштетениот крвен сад и предизвикува трајно оштетување на оние функции со кои овие делови од мозокот управуваат.

Церебро-васкуларниот инсулт е многу честа болест и се наоѓа на трето место како причина за смрт после срцевите и малигните заболувања во развиените земји и кај нас и е на прво место по инвалидност. Најголем степен на смртност е присутна во првиот месец од настанувањето на мозочниот удар и изнесува дури 23%.

Се проценува дека во светот од мозочен удар заболуваат годишно околу 15 милиони луѓе, околу 5 милиони од нив умираат, а исто толку остануваат трајно онеспособени.

Рехабилитацијата на болните е многу долга и бара трпение и упорност како од болниот така и од неговото семејство. Често пати таа бара да продолжи и во домашни услови како и дополнително ангажирање на стручни лица во текот на нивната рехабилитација или пак вклучување на други лица за неа на болниот.

Сите овие работи дополнително го оптоваруваат нивниот семеен буџет, т.е. доведува до зголемување на нивните материјални трошоци. Болните се долго време на боледување, сè додека не се оспособат за работа или пак некои и не успеваат да се вратат повторно на било каква работа.

Сето ова го прави церебро-васкуларниот инсулт сериозен медицински, социјален и економски проблем.

И покрај големиот напредок во лекувањето на мозочниот удар, превенцијата сè уште има најважно место и е најдобар пристап во згрижувањето на мозочниот удар.

Примарната превенција опфаќа превенција кај здравите лица и има за цел да го превенира развивањето на болеста кај лицата со фактори на ризик.

Секундарната превенција претставува идентификација и лекување на лица со многу висок ризик за настанување на мозочен инсулт сè со цел да се спречи настанувањето на мозочниот инсулт, како и лекување и рехабилитација на болните кои преживеале мозочен удар за да се спречи неговото повторно јавување.

Главната цел на овој труд е да се добие јасен увид во основите и карактеристиките на церебро-васкуларните заболувања, особено кај негата кај заболените пациенти, која што е од круцијално значење за успешна рехабилитација кај истите. Притоа, со цел поголема релевантност на извлечените заклучоци, се приложува сублимат на добиени податоци од страна на спроведено истражување во рамките на Република Македонија, Општина Велес, кај пациентите коишто лежат на Одделението за Невропсихијатрија. Истражувањето е спроведено за временскиот период 2010-2014. Во однос на првично добиените податоци, најголем број на пациенти заболени со церебро-васкуларни заболувања има во 2012 година, односно вкупно 306 пациенти, а најмал број е забележан во 2010 година, односно вкупно 238 пациенти. Во однос на внатрешна поделба на целни групи: пензионери, невработени, службеници, земјоделци и физички работници), најголема застапеност се јавува кај целната група „пензионери“ (69% до 72% за педиодот 2010-2014); потоа, целната група „невработени“ и „службеници“ која се движи со сличен процент, односно од 9% до 12%; „физички работници“ (од 4% до 7% за периодот 2010-2014); и со најмал процент се земјоделци (за периодот 2010-2014 година процентот се движи од 3% до 4%). На основа на наведеното, може да се извлече заклучок дека старосната граница, како и работното место кое што нуди поголема физичка подвижност се едни од приоритетните индикатори за појава на церебро-васкуларни заболувања.

Трендот на варирање од година на година зависи од целокупната изложеност на целната група на работни обврски, влијание на животната средина како и сопствена изложеност на стрес, физички активности и слично. Притоа, крајни заклучоци кои како наод се извлекуваат од страна на истражувањето се дека машкиот пол во поголема мера во однос на женскиот пол е изложен на церебро-васкуларни заболувања; понатаму, физички активните луѓе во помала мера се изложени на овој вид на заболувања; истите особено се присутни кај старосна граница од 70-81 година.

Во однос, пак, на присутноста на етиолошките фактори, како причини за појава на церебро-васкуларни заболувања, се истакнуваат следните: за период 2010-2014 година, застапеноста на различните групи на етиолошки фактори варира, пришто, највисок процент (91%) е застапен етиолошкиот фактор НТА, потоа дислипидемија со 76%, пушењето како етиолошки фактор е застапено со 67%, срцевите заболувања со 58% и дијабетот со 43%.

Според приложените податоци во трудот се очекува истиот да даде особен придонес и поттик во областа која што е поле на интерес, особено за дополнителни истражувања од истиот домен, кој ќе помогнат во креирање на суштински насоки за населението во одредена област, кои што би можеле да играат превентивна улога во процесот на намалување на ризикот на изложеност на популацијата на можности за церебро-васкуларни заболувања. Притоа, како област којашто е потребно дополнително да се испита е соодносот на условите за живот во животната средина кои што со својата изложеност би можеле да придонесат за зголемување на процентот на церебро-васкуларни заболувања. Станува збор за: загадена животна средина, урбан и современ начин на живот, брзо темпо, стрес, работата во смени, кои воедно доведуваат до нарушување на животниот биоритам, проблеми со сонот, нередовна и лоша исхрана без доволно количество на свежо овошје и зеленчук.

Како насоки за подобрување на соработката помеѓу институционалниот капацитет и семејството на пациентот како и самиот пациент, потребно е следното:

- Стандарди и нормативи од Министерството за здравство по региони во однос на фактори за изложеност кон церебро-вакуларни заболувања;
- Услови за психоедукација на медицинската сестра како директен линк помеѓу институцијата-пациентот-семејството на пациентот;
- Се истакнува потребата од поттикнување на здравствената заштита на повисоко ниво: едукација за можни ризици на појава на церебро-вакуларни заболување помеѓу населението од различна старосна група.

Користена литература:

Ацковска, Р. (2006). Основи на рехабилитација, Битола. стр. 60-85.

Adams, H., Adams, R., Brott, T., Zoppo, G., J., Furlan, A., Goldstein, L., B. Stroke (2003). Council of the American Stroke Association. Guidelines on the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. London: Stroke Med.

Bakran, Z., Dubroja, I., Habus, S., Varjadic, M. (2012). Rehabilitacija osoba s mozdanim udarom, Medicina Flimensis, 48 (4), 380-394.

Dobkin, B. (2005). Rehabilitation after stroke. New Jersey: N Engl J Med

Feigin, V.L., Lawes, C., Bennett, D., Aderson, C. (2003). Stroke epidemiology: a review of population – based studies of incidence, prevalence and case- fatality in the late 20th century. London: Lancet Neurol.

Graeme, J.H., Stroke. (2002). Churchill Livingstone. London: CGS Publishing, 291-292

Јовиќ, С. (2004) Неурорехабилитација. Београд: Научна книга.

Kurtovic, B. i sar., (2013). Zdravstvena njega neurokirurških bolesnika. Hkms. Превземено на 15.03.2016. http://hkms.hr/data/1384336898_569_mala_Zdravstvena%20njega%20neurokirur%C5%A1kih%20bolesnika.pdf.

Mandić, M. i sar., (2011). Faktori rizika za nastanak mozdanog udara. Превземено на 15.03.2016. <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0025-8105/2011/0025-81051112600M.pdf>

- Milasinovic, G. (2008). Vodic za akutni ishemiski mozdani udar. Превземено на 20.04.2015.
<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2011/Decembar/Vodici/Vodic%20za%20dijagnostikovanje%20i%20lečenje%20ishemijskog%20mozdanog%20udara.pdf>
- Панова, Г. (2008). Нега на болен (авторизирани предавања). Штип: УГД. 37- 40.
- Попова, Р. Е., Попоска, А. (2008). Физикална терапија со медицинска рехабилитација. Битола.
- Поповски, А. (1993). Ургентна неврологија. Скопје: НИО “Студентски збор”, 122-145.
- Радојчиќ, Б. (1998). Општа и специјална клиничка неврологија. Београд: Елит-Медика. 153- 157, 281-284.
- Ристевска, С. (2006). Неврологија (авторизирани предавања). Битола. 35- 44.
- Роуланд, П. Л. (2011). Меритова Неврологија. Скопје: Табернакул. 276- 278, 312-313.
- Rothwell, P.M., Algra, A., Amarenco, P. (2011). Medical treatment in acute and long-term secondary prevention after transient ischemic attack and ischemic stroke. Lancet 377, 1681-92.
- Summary Health Statistics: (2014). National Health Interview Survey, превземено на 23.05.2016
http://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2014_SHS_Table_A-1.pdf

Стеванович, М. (1990). Медицинска рехабилитација телесно инвалидних лица. Београд.

Симон, П. Р., Гринберг, А. Д., Аминоф, Ј. М. (2011). Клиничка неврологија. Скопје: АРС Ламина, 292-293, 304.

Томашевиќ, Б. Д., Наумовиќ, Н., Филиповиќ, Д. (2004). Процена функционалне способности болесника након мозочног удара. Београд: Мед. Данас.

Угриновски, Ј., Јовковски, С., Пранговски, И., Лозанче, К., Столевски, В. (2003). Неврохирургија. Скопје: Култура.

Влашки, Ј.С., Илиевска, Л. и соработниците.(2002). Основни принципи на современата неврологија. Скопје: Просветно дело, 262- 263, 307- 309.